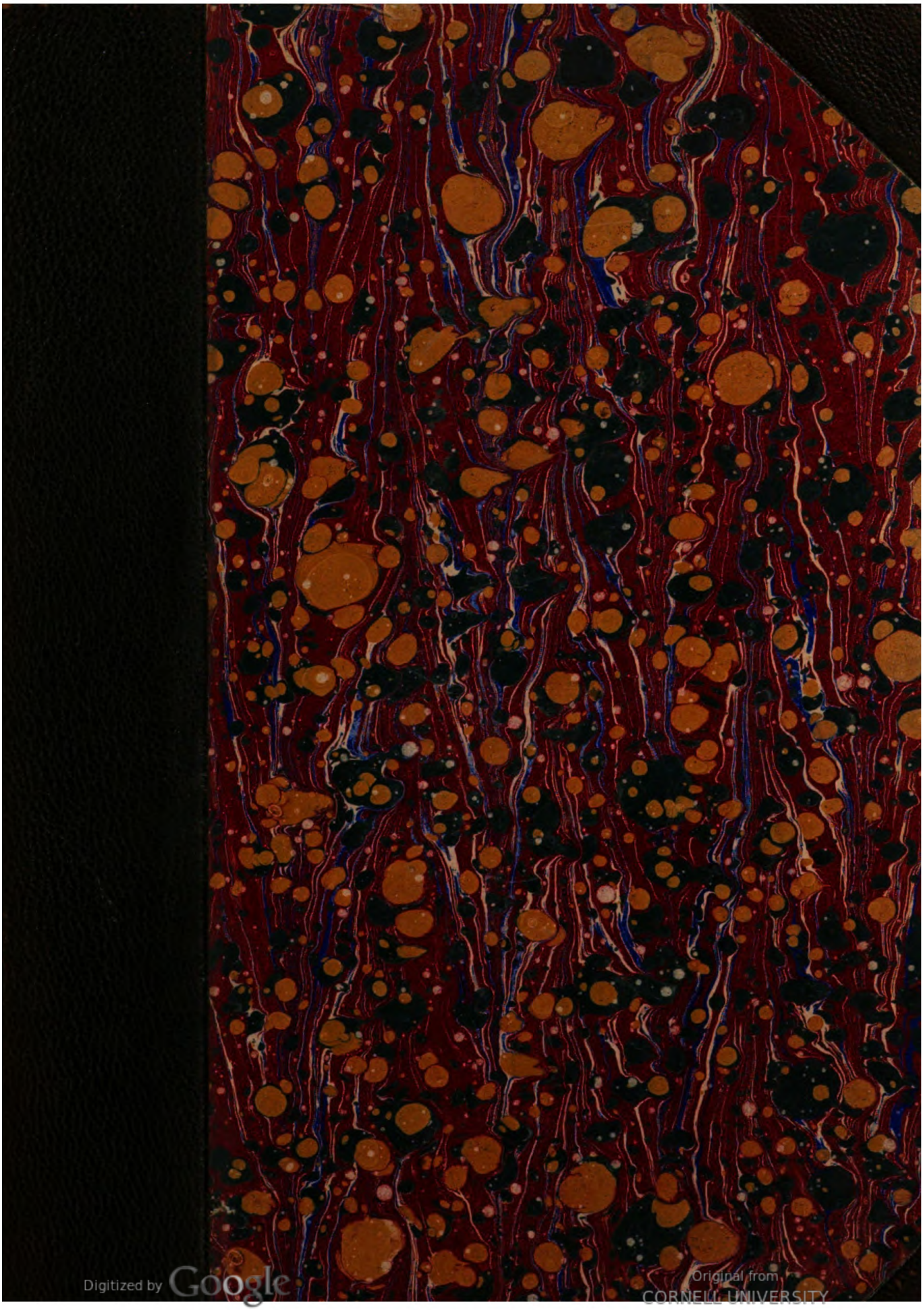

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

RC
321
A11
v.43

Cornell University Library

BOUGHT WITH THE INCOME
FROM THE
SAGE ENDOWMENT FUND
THE GIFT OF
Henry W. Sage
1891

A 224067 3/6/08

9963

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 106 280 609

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-02-17 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

ARCHIV
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
NERVENKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. G. ANTON, Professor in Halle.
DR. A. HOCHE, Professor in Freiburg i. B.
DR. E. MEYER, Professor in Königsberg.
DR. K. MOELI, Professor in Berlin.
DR. E. SIEMERLING, Professor in Kiel.
DR. A. WESTPHAL, Professor in Bonn.
DR. R. WOLLENBERG, Professor in Strassburg.

REDIGIRT VON **E. SIEMERLING.**

43. BAND.
MIT 11 LITHOGRAPHIRTEN TAFELN.

BERLIN, 1908.
VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.
UNTER DEN LINDEN 68.

Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Inhalt.

Heft I. (Ausgegeben im Juli 1907.)

Seite

I. **E. Meyer,** Prof. zu Königsberg: Klinisch-anatomische Beiträge zur Kenntniss der progressiven Paralyse und der Lues cerebro-spinalis, mit besonderer Berücksichtigung der Rückenmarksveränderungen. (Hierzu Tafel I, II und III) 1

II. Aus der neurologisch-psychiatrischen Universitätsklinik in Graz. **H. di Gaspero,** klinischer Assistent: Der psychische Infantilismus. Eine klinisch-psychologische Studie. (Hierzu 2 Abbildungen) 28

III. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel (Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).
Wassermeyer, Dr., Assistenzarzt der Klinik: Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken 124

IV. **Joh. Longard,** Dr. in Sigmaringen: Ueber „moral insanity". (Hierzu eine Abbildung) 135

V. Aus der psychiatrischen Klinik der Reichs-Universität Utrecht. **Karl Heilbronner,** Prof.: Zur Symptomatologie der Aphasie mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen Sprachverständniss, Nachsprechen und Wortfindung . 234

VI. **Boege,** Dr., Assistenzarzt der Irrenanstalt Owinsk: Die periodische Paranoia. Eine kritische Studie zur Paranoiafrage . 299

VII. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel (Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).
Renkichi Moriyasu, Dr. aus Japan: Das Verhalten der Fibrillen bei progressiver Paralyse. (Hierzu 2 Abbildungen) 344

VIII. **W. Larionoff,** Dr., Privatdocent für Nerven- und Geisteskrankheiten an der Universität des heil. Wladimar zu Kiew: Die feine Structur und eine neue Färbungsmethode des Gehirns der Menschen und der Thiere. (Hierzu Tafel IV, V und VI) 388

IX. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel (Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).
Raecke, Prof., Privatdocent und Oberarzt der Klinik: Ueber epileptische Wanderzustände (Fugues, Poriomanie) . 398

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

X. Nekrolog über Paul Möbius 424
XI. Bemerkung zu Podestà's Aufsatz: Häufigkeit des Selbstmordes in der Marine von Dr. Anton-München 426
XII. Entgegnung auf vorstehende Bemerkung von Dr. Podestà . . 427
XIII. Referate: Kern, Das Wesen des menschlichen Seelen- und Geisteslebens. — Kaes, Grosshirnrinde des Menschen. — Werner, Versorgung der geisteskranken Verbrecher in Dalldorf. — Schäfer, Der moralische Schwachsinn. — Eichhorst, Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. — Oppenheim, Psychotherapeutische Briefe. — Fürnrohr, Die Röntgenstrahlen im Dienste der Neurologie 428

Heft II. (Ausgegeben im October 1907.)

Nekrolog für Eduard Hitzig . . . . . III—XV
XIV. Aus dem allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf (Abtheilung Dr. Nonne).
M. Nonne, Dr., Oberarzt und **E. Apelt,** Dr., Assistenzarzt: Ueber fracturirte Eiweissausfällung in der Spinalflüssigkeit von Gesunden, Luetikern, functionell- und organisch-Nervenkranken und über ihre Verwerthung zur Differentialdiagnose der Dementia paralytica, Tabes dorsalis, tertiären und abgelaufenen Syphilis 433
XV. Aus der psychiatrischen Universitätsklinik zu Königsberg i. Pr. (Director: Prof. Dr. E. Meyer).
Kurt Goldstein, Dr., Privatdocent und I. Assistent an der psychiatrischen Klinik: Ein Fall von manisch-depressivem Mischzustand (zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Ideenflucht und den Hallucinationen). (Hierzu 1 Abbildung im Text) 461
XVI. Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Bonn (Director: Prof. Dr. Westphal).
Arthur Hermann Hübner, Dr. med., Privatdocent, Assistent der Klinik: Klinische Studien über die Melancholie . . 505
XVII. Aus der Königl. psychiatrischen Universitätsklinik zu Königsberg i. Pr. (Director: Prof. E. Meyer).
Walther Kürbitz, Dr., I. Assistent der Klinik: Zur pathologischen Anatomie des Delirium tremens. (Hierzu Tafel VII.) 560
XVIII. Aus der Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskrankheiten zu Halle a. S. (Prof. Anton).
Ed. Phleps, Assistenzarzt der Klinik: Die diagnostische Verwerthung der Schallleitungsveränderungen des Schädels bei intra- und extracraniellen Herderkrankungen. (Hierzu 2 Abbildungen im Text). 576

Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Seite

XIX. **Erwin Niessl v. Mayendorf,** Dr. med. et phil. in Wien: Das Rindencentrum der optischen Wortbilder. (Hierzu Tafel VIII und IX und 3 Figuren im Text) 633

XX. Aus der psychiatrischen Klinik der Reichs-Universität Utrecht. **Karl Heilbronner:** Zur Symptomatologie der Aphasie mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen Sprachverständniss, Nachsprechen und Wortfindung. (Schluss.) 698

XXI. Aus der Königl. Universitätsklinik und Poliklinik für psychiatrische und Nervenkrankheiten in Göttingen (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Cramer).
Rizor, Dr., jetzigem Abtheilungsarzt der Provinzial-Heil-Anstalt Münster i. W.: Jugendirresein 760

XXII. Nekrolog Emanuel Mendel 818

XXIII. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten . 819

XXIV. Referate: Kassowitz, Allgemeine Biologie. Nerven und Seele. — Reichardt, Leitfaden zur psychiatrischen Klinik. — Second annual report of the Henry Phipps institute for the tuberculosis. — Siefert, Geistesstörung der Strafhaft. — Bresler, Greisenalter und Criminalität. — Hoppe, Alkohol im Strafrecht. — Kornfeld, Alkoholismus und § 51. — Wulffen, Hauptmann's Rose Bernd. — Eichhorst, Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. — Eschle, Grundzüge der Psychiatrie 892

Gesellschaft für experimentelle Psychologie 897

III. Internationaler Congress für Irrenpflege in Wien 898

Heft III. (Ausgegeben im Januar 1908.)

XXV. **C. T. van Valkenburg,** Dr., Prosector und Arzt an der Irrenanstalt „Meerenberg“ (Holland): Beitrag zur Analyse der cerebralen Hemiplegie. 899

XXVI. Aus der Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskrankheiten zu Halle a. S. (Prof. Anton).
Ed. Phleps, Dr., Assistent der Klinik: Die diagnostische Verwerthung der Schallleitungsveränderungen des Schädels bei intra- und extracraniellen Herderkrankungen. (Schluss) 952

XXVII. Aus der Königl. Universitäts-Klinik und Poliklinik für psychische und Nervenkrankheiten in Göttingen (Director Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Cramer).
Rizor, Dr., jetzigem Abtheilungsarzt der Provinzial-Heil-Anstalt Münster i. W.: Jugendirresein. (Schluss) 1011

XXVIII. **S. Thalbitzer,** Dr. med. in Aarhus (Dänemark): Die manio-depressive Psychose — das Stimmungsirresein —. Ein Versuch zur Bestimmung ihrer Pathogenese und patholo-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

gisch-anatomischen Grundlage, mit besonderer Berücksichtigung der manio-depressiven Mischform 1071

XXIX. **Michael Lapinsky,** Professor der Kaiserlichen Universität zu Kiew: Zur Casuistik der polyneuritischen Psychose 1137

XXX. **Erwin Niessl v. Mayendorf,** Dr. in Leipzig: Klinisch-anatomische Beiträge zur Pathologie des Stirnhirns. (Hierzu 5 Figuren im Text) 1175

XXXI. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel (Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).
Arthur Lippmann: Zur Symptomatologie und Pathologie der Balkentumoren. 1193

XXXII. **O. von Leonowa-von Lange,** Dr.: Zur pathologischen Entwickelung des Centralnervensystems. Ein Fall von Amelia (Amputatio spontanea). (Neue Beiträge.) (Hierzu Tafel X und XI und Abbildungen im Text) 1218

XXXIII. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).
Raecke, Prof., Privatdocent und Oberarzt der Klinik: Zwangsvorstellungen und Zwangsantriebe vor dem Strafrichter. 1251

XXXIV. **Manfred Fraenkel,** Dr. in Charlottenburg: Spiegelschrift und Fehlhandlungen bei Rechtsgelähmten (Apraxie). Die Schrift als Heilmittel und der Werth der Doppelhirnigkeit und Doppelhändigkeit. (Mit Abbildungen im Text) 1275

XXXV. **E. Meyer** zu Königsberg i. Pr.: Bemerkungen zu Jung, „Ueber die Psychologie der Dementia praecox“ . . . 1312

XXXVI. 32. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 1. und 2. Juni 1907 1317

XXXVII. **Julius Donath,** Dr.: Erwiderung auf den Aufsatz der Herren M. Nonne und F. Appelt 1356

XXXVIII. Referate: E. Meyer, Ursachen der Geisteskrankheiten. — Laquer, Waarenhausdiebstahl. — E. Schultze, Psychiatrische Beobachtungen von Militärgefangenen. — W. Ewald, Stoffwechselpsychosen. — Dreyfus, Die Melancholie. — Moeli, Thätigkeit des Sachverständigen. — Ziehen, Psychiatrie 3. Aufl. — Gierlich und Herxheimer, Neurofibrillen. 1358

XXXIX. **Niessl von Mayendorf,** Dr.: Berichtigung 1364

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

I.

Klinisch-anatomische Beiträge zur Kenntniss der progressiven Paralyse und der Lues cerebro-spinalis, mit besonderer Berücksichtigung der Rückenmarksveränderungen.

Von

E. Meyer

zu Königsberg i. Pr.

(Hierzu Tafel I, II und III.)

Die classischen Untersuchungen Nissl's und Alzheimer's über die pathologische Anatomie der progressiven Paralyse haben uns neben einer Reihe anderer wichtiger mikroskopischer Befunde vor Allem gelehrt, dass die paralytische Pia-Rindenerkrankung durch adventitielle Plasmazellen-Infiltrate ausgezeichnet ist[1]).

So breit und sicher begründet die pathognomonische Bedeutung dieses Befundes für die Paralyse erscheint, so forderten doch, ganz abgesehen von den wohl nicht stichhaltigen Einwänden Maheim's und Havet's, die differentialdiagnostischen Ausführungen von Vogt und besonders von Nissl und Alzheimer selbst, dazu auf, weiteres Vergleichsmaterial in dieser Richtung zu durchforschen. Es unterliegt ja auch keinem Zweifel, dass die Diagnose Paralyse, so einfach sie im Schulfalle ist, ganz ausserordentlich viele Schwierigkeiten machen kann, dass die Zahl der unklaren Fälle, bei denen wir über den Verdacht oder die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Paralyse lange Zeit, ja dauernd nicht hinauskommen, eine sehr grosse ist, so dass wir sehr häufig die anatomische Untersuchung zur Entscheidung heranziehen.

1) Histologisch und histopathologische Arbeiten etc. Herausgegeben von Nissl. Bd. 1. 1904.

Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Alles das hat mich schon im vorigen Jahre veranlasst, die Präparate von damals 69 Fällen verschiedener Art speciell auf das Vorhandensein von Lymphocyten- und Plasmazelleninfiltraten zu durchmustern[1]). Ich habe dabei meine Aufmerksamkeit nicht nur der Rinde zugewandt, sondern nach Möglichkeit auch die tieferen Hirntheile und das Rückenmark mit durchforscht.

Inzwischen habe ich Gelegenheit gehabt, noch weitere bemerkenswerthe Fälle zu untersuchen, über die ich im Zusammenhang mit meinen damals nur summarisch referirten Befunden berichten möchte.

Folgender Fall soll als Ausgangspunkt dienen.

N., Samuel, 66 Jahre, Telepraphenbeamter a. D.

Heredität, Potus, Trauma 0.

1875—76 Hirnerkrankung mit Chorioretinitis und Opticusatrophie.

1886 Schlaganfall mit Sehstörung.

1899 R/L. 0, Pupillen different.

III. Parese. Atrophia n. optici.

Seit 1904 erst vorübergehend, dann dauernd verwirrt.

Hallucinationen.

13. Januar 1905. Aufnahme.

Korsakow'scher Symptomencomplex mit zeitweisen deliriösen Zuständen.

R. Pupille > L. R/L. beiderseits 0. Kniephänomene +. Sprache articulatorisch gestört. Weiterhin epileptiforme Anfälle. Aphasie.

2. Juni 1905. Exitus.

Anatomisch: Dementia paralytica.

Potus Null, Heredität Null. Trauma Null. Nach einer Mittheilung wahrscheinlich syphilitische Infection, wann, ist unbekannt.

1875 erkrankte N. nach einem ärztlichen Attest jener Zeit mit Schwindel, Benommenheit und heftigem Erbrechen; seine bis dahin intacte Sehkraft hatte bedeutend gelitten. Unter ärztlicher Behandlung besserte er sich ziemlich. 1876 trat jedoch, nachdem er den Dienst wieder aufgenommen hatte, von Neuem eine Verschlechterung der Sehkraft beider Augen auf, auch nahm sein Gedächtniss ab und er bekam einmal wieder einen Schwindelanfall. Die Untersuchung ergab, wie in dem Attest vom 7. Januar 1876 steht, eine Affection des Centralnervensystems mit consecutiver Chorioretinitis und progressiver Sehnervenatrophie.

Im Jahre 1886 war N. wegen „Schlaganfalls" mit „Sehstörungen" in Behandlung der hiesigen Augenklinik; wegen seiner Augen war er dann wieder

---

1) Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica. Vortrag, gehalten auf der Versammlung des nordostdeutschen psychiatrischen Vereins 1905. Psych.-neurol. Wochenschr. 1905. 34.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im August 1899 in einer Privat-Augenklinik in Königsberg, er klagte damals über zeitweise Doppelbilder seit $^3/_4$ Jahren. Die Untersuchung ergab Sehschärfe links normal, rechts mit corrigirendem Glase $^9/_{10}$ der normalen. Beiderseits absolute reflectorische Pupillenstarre, rechts Mydriasis und Parese des Rectus internus; ophthalmoskopisch beiderseits Atrophia nervi optici (primär). Urin normal, kein Romberg, kein Westphal.

13. Januar. Parese des Rectus internus rechts zurückgegangen, Sehschärfe links 1,0, rechts nur $^6/_{10}$ der Normalen, sonst derselbe Befund.

Die Angehörigen N.'s gaben bei der Aufnahme an, dass derselbe seit 1903 nervenkrank sei, doch sei er schon seit ca. 10 Jahren leicht aufgeregt; seit Anfang 1904 zeitweise kurzdauernde Zustände, wo er ganz abwesend ist; er erschien still, fragte: Was ist das? Wusste nachher nichts davon. Seit dem Frühjahr 1904 war er sehr aufgeregt, sprach confus, die Zunge war oft wie gelähmt, er ging nachts fort, erschien verwirrt, sprach nachts vor sich hin: Er wolle nach Hause gehen; auch soll er Stimmen gehört und Gestalten gesehen haben; Ende 1904 so schlimm, dass er dauernd umnachtet erschien, fühlte sich dabei ganz gesund.

13. Januar 1905. Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Königsberg. Name und Persönlichkeit richtig.

(Wohnung?): Auf den Hufen, ich weiss aber nicht wo, ich werde mich aber erkundigen, wie das heisst, es ist alles neu gebaut.

(Wo hier?): Ich weiss nicht.

(Seit wann hier?): Seit 2 Stunden ungefähr ($^1/_2$!).

(Wie spät?): Nachmittag 3 Uhr (1 Uhr).

Auf Befragen, er habe zu Hause Mittag gegessen (hier!), die Mutter habe es besorgt, sie lebe noch (nicht!), die Mutter sei nicht alt, sei ungefähr 34, 35, doch etwas älter, 40 Jahre.

(Eigenes Alter?) Alt bin ich 66.

Wie alt seine Frau sei, wisse er nicht. (Ungefähr?) 36—40.

(Datum?): 11. März 1905.

(Seit wann pensionirt?): Seit dem 1. April — — — zum 1. April sind es zwei Jahre. (Weswegen?): Wegen meiner Augen, mein rechtes Auge war wie gelähmt, da war gar nichts zu machen. Sonst ganz gesund; Gedächtniss etwas schwach, die Sprache sei seit einem Jahre schwer geworden.

Den Arzt hält Patient für einen Telegrapheninspector. (Wo vor 8 Tagen?) Sei viel umher gegangen, nachts sei er immer zu Hause gewesen; Stimmen habe er nicht gehört, sei aber angesprochen worden im Schlaf; die Verwandten hätten ihn geweckt; mitunter habe er Komödie gesehen, es wurde vorgeführt mit Tanz und Beleuchtung, genau erinnere er sich nicht. Den Arzt habe er bei der Telegraphie kennen gelernt. Rechnen sei nicht gut: $7 \times 9 = 63$, $8 \times 12 = 72$, $24 + 37 =$, vergisst bald die Aufgabe, er behält die anderen Zahlen nicht, „sie haften nicht". Patient hat das Datum nach 5 Minuten vergessen, ebenso, dass er im Krankenhause sei, und den Namen des Arztes; sagt wieder, der letztere sei in der Telegraphie gewesen und sei gleichzeitig bei der Verwaltung hier in der Anstalt, die zum Kopfuntersuchen sei. „Denn

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

alles, was Sie mir bisher gesagt haben, ist stark begriffen, das kann ich nicht überall so haben".

Gegenstände erkennt und bezeichnet Patient richtig. Tastwahrnehmung etwas verlangsamt und erschwert, Streichholzschachtel z. B. erst durch Gehör, Doppelschlüssel überhaupt nicht erkannt. Merkfähigkeit sehr gering. Von 4 Wörtern hat er nach wenigen Secunden 2 vergessen. Die Stimmung ist euphorisch, zuweilen erscheint er etwas rathlos, er fasst ziemlich schwer auf.

Körperlicher Status: Grosser, alter Mann, kräftig gebaut, gut genährt. Mechanische Muskelerregbarkeit, Dermographie deutlich; Kopfpercussion nicht schmerhaft. Rechte Pupille weiter als die linke, linke mittelweit, etwas verzogen. R. L. beiderseits +, R. C. nicht sicher zu prüfen. A. B.: Das rechte Auge steht meist abducirt, doch ist Einwärtsbewegung, jedenfalls zum Theil, möglich. Finger werden auf $^1/_2$ m Entfernung rechts meist falsch gezählt, links richtig. Gesichtsfeld ohne wesentliche Störung. Augenhintergrund (Augenklinik): Papillen blass beiderseits, Gefässe eng, das rechte Auge wird meistens zugekniffen gehalten. Conjunctival- und Cornealreflexe —. Trigeminusdruckpunkte sehr schmerzhaft, linke Nasolabialfalte weniger deutlich als die rechte. Zunge weicht etwas nach links ab. Innere Organe, abgesehen von etwas Bronchitis und Verstärkung des zweiten Aortentones frei, mässige Arteriosklerose. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Motilität activ und passiv frei. Beim Erheben der Beine links etwas Zittern. Grobe Kraft gut. Stehen sehr unsicher. Gang: Patient hängt mit der rechten Seite, fällt meistens nach der rechten Seite, schwankt stark, schleudert dabei etwas; ein Unterschied zwischen der rechten und linken Seite ist sonst nicht bemerkbar. Romberg sehr deutlich, beim Kniehackenversuche, noch mehr beim Kreisbeschreiben, Ausfahren der Beine. Sensibilität: Anscheinend Hyperalgesie. Reflexe der Oberextremitäten vorhanden. Abdominalreflexe +, Cremaster-, Plantarreflexe —, kein Babinski, Kniephänomene, und Achillessehnenphänomene gesteigert; beiderseits Clonus, links mehr als rechts. Sprache: stockend, verwaschen, stolpernd, nasal, öfter Suchen nach Worten.

17. Januar. Tag über ist Patient meist ziemlich ruhig. Auf Befragen Neigung zum Confabuliren, lässt sich alles Mögliche suggeriren, erscheint dauernd völlig verwirrt, zuweilen Andeutung von Aphasie.

Nachts meist recht unruhig, geht aus dem Bett, glaubt sich auf dem Amt, telegraphirt, verlangt Telegraphenboten, nennt den Arzt Herr Telegraphenoinspector, holt sich heute Nacht einen Tisch, habe Gesellschaft im Zimmer, die Tische reichten nicht aus, es seien alle Herren von der Post da.

20. Januar. Erzählt, er habe den Herrn Oberinspector (Arzt) gestern draussen getroffen, er wäre da unten gewesen, er hätte Carambolage gehabt, es seien Dummheiten gemacht. (Wo hier?): Das ist eine Bettstelle, ob sie mir gehört, weiss ich nicht. Zeitlich ganz unorientirt. In den nächsten Tagen mehrfach unsauber mit Stuhl und Urin.

21. Januar 1905. Liegt Nachmittags im Bett, sieht in der Wand ein Fenster, und durch dasselbe auf die Strasse. Dort seien Infanteristen, verschiedene Trupps Reservisten, keine richtigen Soldaten vorbeimaschirt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

25. Januar. Erzählt, Nachmittags, er sei auf dem Sackheim gewesen bei der Kirche auf dem Pfarramt, auch sein Bruder sei dort, er habe versprochen zu kommen.

26. Januar. Augenbefund: Bestehen einer Schwäche des rechten Musculus internus. Bei Convergenzversuchen geht der rechte Bulbus nach innen, weicht aber gleich wieder nach aussen.

28. Januar. Nachts meist sehr unruhig; bekommt er Schlafmittel, z. B. Paraldehyd, so ist er unsauber. Auf Befragen: Sei hier in einem Privathause, es sei Monat März schon oder Februar 1905 „Erlauben Herr Doctor. Waren Sie schon — — — hier ist ja Ausstellung". (Was für eine Ausstellung? Mastviehausstellung? Nein, alles in edlem Sinne, wie soll ich mich ausdrücken, ist ja nicht gross, aber eine nette Ausstellung. (Zum Wärter:) „Geben Sie doch ein Paar Billets und einen Katalog; der (zeigt auf den Wärter): sei der Vorsitzende, er sei im Comité.

1. Februar. Dauernd verwirrt, fabulirt sehr viel, drängt heraus, reisst an allen Thüren. Einzelne Worte und Buchstaben liest er gut, schreibt auch spontan solche nach Dictat und Vorschrift gut; ganze Sätze, Zeitungen etc. verändert er sehr stark, confabulirt in völlig sinnloser Weise, weiss nicht, was er gelesen. Einfache Gegenstände richtig erkannt, Bilder ebenso, doch confabulirend umgedeutet, z. B. Reiter: Das ist der Kaiser Wilhelm auf dem Pferd.

Die körperliche Untersuchung ergiebt dasselbe Resultat wie früher.

15. Februar. Liegt zu Bett, sehr hinfällig geworden, müde und schläfrig, unsauber, fast dauernd Incontinenz der Blase.

Lumbalpunction: Liquor wasserhell, klar, mit $MgSO_4$ deutliche Trübung; mikroskopisch erhebliche Lymphocytose.

15. März. Hat sich körperlich wieder etwas erholt, geistig unverändert, verwirrt fabulirend, launige Stimmung, sehr heftig, sinnloser, motorischer Drang, versucht aus dem Bett über das Bettende zu steigen, wirft das Bettzeug durcheinander, spricht vor sich hin.

In der Sprache dauernde Anklänge von Aphasie und Paraphasie, sucht viel nach passenden Worten, hilft sich dann mit Umschreibungen, sagt auch ganz zusammenhangslose Worte.

Kann nicht mehr allein stehen oder gehen.

29. März. Wechsel zwischen völlig apathischem, benommenem Verhalten und eigenthümlicher deliriöser Unruhe, wo er die Sachen aus dem Bett wirft, an den Decken zieht, das Hemd zerreisst und fortdrängt.

4. April. Ist heute plötzlich sehr ängstlich und zornig: „Herr Doctor, haben Sie doch Erbarmen mit mir, ich soll doch um die Ecke gebracht werden, man hat mir etwas ins Essen gethan; hier ist eine Gesellschaft, die mich umbringen will, es muss doch etwas sein, er sei aber, so lange er lebe, zu keinem Menschen schlecht gewesen, mein Vermögen reicht völlig aus. (Haben Sie viel Geld?) Jetzt etwa 15000 Mark, ich sehe gar nicht ein, deswegen kam ich ja auch vertrauensvoll her, ich sehe gar nicht ein, dass ich hier um die Seite gebracht werden soll, und mein alter Vater nicht das Durchkommen hat, er lebt noch, ein braver Mann."

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

5. April. Keine ängstlichen Ideen mehr, macht eigenthümliche Bewegungen mit den Händen auf dem Laken, auf der Bettdecke, an der Wand. Auf Befragen: Ich schreibe, ich beklebe das mit weissem Papier, gieb mir doch noch schwarz und weisses Papier, wirst ja wohl noch haben, Frau, bist Du da, ruft mehrfach laut: Frau, Frau, (für sich) scheint nicht da zu sein. Zeigt auf die Handfläche „Na da sind doch Abfälle, die sind doch von den grossen Federn, mitunter hat man sie gleich benutzt zum Kleben;“ macht immer eigenthümlich suchende Handbewegungen, als wenn er kleine leichte Gegenstände vom Laken aufheben will und sie bald von einer Hand in die andere schüttet.

„Sie sind doch der Herr Lehrer hier von dieser Gesellschaft.“ Auf Befragen: „Na von unserer Gesellschaft“. Patient erhält einen Bleistift in die Hand, benutzt ihn nicht, zeigt auch nicht Verständniss für seinen Gebrauch. (Was?) Ein Bleistift. (Was macht man damit?) Da muss doch geschrieben werden.

26. April. Vormittag wie sonst, am Nachmittag erscheint Patient bei der Visite völlig verändert, er liegt benommen da, atmet keuchend und schnell. Auf Befragen versucht er zu antworten, bringt aber nur ganz unverständliche zusammenhangslose Silben vor, und zwar in eigenthümlicher explosiver Weise, wie wenn ein Widerstand überwunden werden müsse. (Wie geht es?) „Mir beht, geht, goht,“ wiederholt sich mehrfach — — —. Wie heissen Sie? Buchstabirt den Namen richtig. (Wie alt?) „Ich bin, im, schon, im, schon schon, im, schon im (murmelt) 10, 10, 3, 3, 3.“ (Wie geht es?) „Mir geht, geht, geht, geht, geht, jeht, zeht.“ (Bleistift?) „Das ist im, im, im Feder, im Feder — — —.“ Aufforderungen einfacher Art befolgt er richtig, Bilder bezeichnet er im Ganzen richtig, benennt sie aber falsch, Nachsprechen meist richtig.

Der körperliche Zustand ist im wesentlichen derselbe; die Arme werden gut erhoben, passiv deutliche Spasmen darin; die Reflexe der Arme beiderseits sehr lebhaft, gleich; die Bauchdecken eigenthümlich fest gespannt; die Beine sind activ beweglich, doch mit geringer Kraft, weil Hypotonie der Beine. Knie-Phänomene und Achillessehnen-Phänomene lebhaft.

27. April. Heute klarer, aber deutliche Aphasie, Nachmittags unruhig, kramt umher, ähnlich wie früher.

28. April. (Wie geht es?) Bei uns ist die Butter nicht schlecht und sonst brauche ich keine zu haben. (Wie heissen Sie?) Richtig. (Was sind Sie?) Ich bin eigentlich, im Grunde genommen — — — gar nichts. (Was waren Sie?) Na ich war Schreiber. (Wo?) Beim Gericht; na, na man hat aber doch nicht ausgelernt. Gegenstände bezeichnet er jetzt richtig, Nachsprechen macht bei schweren Worten Stolpern; lesen nicht, statt „die arme Sünderin“ liest er „der neue Donnerstag“.

15. Mai. Bis heute im Wesentlichen unverändert. Gegen 11 Uhr liegt Patient mit geschlossenen Augen, den Kopf nach rechts gewandt da, der rechte Arm ist im Ellenbogengelenk stark gebeugt, Finger sind eingeschlagen, die Arme adducirt, es bestehen starke Spasmen im rechten Ellenbogengelenk. Reflexe der oberen Extremitäten sehr lebhaft beiderseits, der linke Arm ist etwas gestreckt, die Spasmen daselbst geringer. Beide Beine im Knie gebeugt,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eingezogen nach rechts gewandt. Auf Anrufen erst keine Reaction, dann leises „Ja, ja". In der Mundmusculatur sieht man mehrfaches Zucken. Auf Nadelstiche reagirt er erst kaum, dann lebhaft, beim Anspannen des rechten Armes clonisches Zittern am Unterarm, links nicht. Athmung schnarchend, hohes Fieber, schluckt nicht.

17. Mai. Wieder klarer, reagirt auf Anrufen. Im rechten Arm noch etwas Zittern.

27. Mai. Hat sich wieder ziemlich erholt, doch ist die Sprache fast völlig unverständlich geblieben.

1. Juni. Aehnlicher Anfall wie am 15. Mai.

2. Juni. Exitus letalis.

Section (2 Stunden post mortem). Gehirngewicht: 1433.

Schädeldach sehr leicht löslich; leicht. Dura innen und aussen glatt, spiegelnd, feucht, etwas verdickt, über dem Stirnhirn in Falten abhebbar. Starker Hydrocephalus externus. Unter der Pia überall reichlich seröse Ansammlungen. Pia, besonders in den vorderen Hirnhälften, getrübt und verdickt, fleckweise stärker.

Besonders am Stirnhirn zahlreiche bis Stecknadelknopf und darüber grosse Knötchen von grauer Farbe, so dass die Rinde leicht höckerig erscheint. Sie sitzen sehr zahlreich an der Basis, an der Convexität besonders nahe der grossen Längsfissur in Reihen und Gruppen. Auf dem Durchschnitt erscheinen sie noch grauer als die Hirnrinde.

An den Spitzen beider Schläfelappen, besonders rechts, ebenfalls zahlreiche derartige Höcker, dazwischen linsen- bis bohnengrosse Cystchen mit etwas bräunlichem Inhalt. Gehirnwindungen sind etwas abgeplattet, im Stirntheil schmal. Starker Hydrocephalus internus. Seitenventrikel sehr weit, grosse Ganglien klein. Keine Erweichungen im Gehirn.

Gefässe alle stark sklerotisch, ganz besonders an der Basis. Arteria basilaris mit Aesten stark verkalkt, starrwandig.

Rückenmark makroskopisch ohne Veränderungen.

Körpersection nicht ausführbar.

Mikroskopisch: Die makroskopisch sichtbaren kleinen Höcker erweisen sich auch mikroskopisch als solche, die bald einfache unregelmässige Erhebungen über das Niveau der Hirnrinde, bald pilzförmige Gebilde mit eingeschnürter Basis darstellen (Fig. 1 und 2).

Präparate mit van Gieson und Kernfärbung — Weigert'sche Gliafärbung war nicht gleichmässig gelungen — lassen deutlich erkennen, dass das Gewebe der kleinen Höcker direct in die Hirnsubstanz, speciell den gliösen Randsaum, übergeht, jedoch erscheint der Gliarandsaum unter dem Höcker insofern verändert, als er sehr kernreich erscheint. Es sind dort rundliche und etwas längliche Kerne, anscheinend der Glia angehörig, wie zu einem Wall angehäuft. Was das Gewebe der Höcker selbst angeht, so ist dasselbe rein faserig, die Fasern erscheinen aber ziemlich locker und unregelmässig gefügt. Sie färben sich mit Weigert'scher Gliafärbung blau. Zwischen ihnen liegen mässig zahlreiche Kerne, wohl Gliakerne. Die Gefässe in den

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Höckern auffallend dickwandig und gewunden. Der freie Rand der Höcker besteht aus besonders derbem Gewebe. Die Pia, deren Uebergang vom Gehirn auf die Höcker man gut verfolgen kann, scheint auf der Spitze der Höcker nicht mehr vorhanden.

Was die Pia selbst angeht, so ist dieselbe stark verdickt, in unregelmässigen Erhebungen und Wülsten. Die makroskopisch sichtbaren Cystchen entsprechen mächtig erweiterten Piamaschen (Fig. 3). In der Pia vielfach dunkelbraunes Pigment in länglichen Zellen eingelagert. Die Pia enthält neben Lymphocyten Plasmazellen, die besonders in Zügen und Reihen zunächst der Hirnoberfläche gelagert sind.

In der Hirnrinde selbst finden wir überall adventitielle Infiltrate von Lymphocyten und Plasmazellen, doch treten erstere sehr zurück, Säume ausschliesslich aus Plasmazellen überwiegen. Letztere sind meist klein, wie verkümmert und geschrumpft. Stäbchenzellen ebenfalls nachweisbar. Zwischen den Zellen viel Pigment an den Gefässen.

Glia unregelmässig gewuchert, besonders um die Gefässe; grosse Spinnenzellen.

Kleinhirn. In der Pia wenige Lymphocyten und mässig zahlreiche Plasmazellen, im Anschluss an die Gefässe.

Auch in der Substanz des Kleinhirns, speciell im Mark, Plasmazellen in der Gefässscheide. In der Pia des Kleinhirns ebenfalls viel dunkles Pigment.

Vierhügel. Adventitielle Infiltrate von Plasmazellen und Lymphocyten; erstere überwiegen. Die Media zum Theil stark glasig verdickt. An manchen Venen fällt eine eigenthümliche fingerförmige Vorbuchtung der Wand gegen das Lumen auf. An der Aussenseite solcher Vorsprünge finden sich Anhäufungen von Lymphocyten, umgrenzt beinahe wie Knötchen, keine Plasmazellen.

Brücke. Um grosse wie kleine Gefässe adventitielle Infiltrate, vorwiegend aus Plasmazellen. Stäbchenzellen deutlich.

Medulla oblongata. Pia unregelmässig verdickt, infiltrirt mit Plasmazellen und Lymphocyten, die sich besonders an die Gefässe anschliessen. In der Wand einer grossen pialen Vene spindelförmige Anhäufung von Lymphocyten, die in Media und Intima unter einer einfachen Lage erhaltenen Endothels sitzt. Die Infiltration der Pia nicht diffus, sondern fleckweise, in spindelförmigen Haufen. Keine Riesenzellen, keine Nekrosen. Im Inneren der Medulla oblongata nur an wenigen Gefässen Plasmazelleninfiltrate, sehr stark tritt dagegen die adventitielle Infiltration an den Gefässen auf, die dicht unter dem Boden des 4. Ventrikels sitzen.

Ventrikel zeigen eine sehr hochgradige sogenannte Ependymitis, ganz besonders der 3. und noch mehr der 4. Ventrikel. Der Boden des 4. Ventrikels sowie der Aquäduct ist mikroskopisch dicht besetzt mit finger- und warzenförmigen Erhebungen von verschiedener Grösse. Ependym findet sich nur in den Buchten zwischen den Höckern erhalten. Die Erhebungen (Granulationen) bestehen aus Fasern, die oft wirtelartig angeordnet sind. Wie schon gesagt, findet sich in dem Gebiet unter den Höckern ausgebreitete

Generated on 2019-02-17 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Plasmazelleninfiltration an allen Gefässen. Es sind nun aber auch Plasmazellen untermischt mit Lymphocyten an der freien Oberfläche der ependymären Wucherungen vorhanden, in Reihen und Haufen, stellenweise eine Brücke zwischen den Erhebungen bildend oder wie eine Brut in die Lacunen der Oberfläche eingenistet. Ausserdem sind einzelne Plasmazellen im Inneren des faserigen Gewebes der Höcker, unabhängig von Gefässen, zu sehen, und endlich liegen auch an einzelnen Stellen dicht unter der Oberfläche der Erhebungen kleine Knötchen aus Plasmazellen und Lymphocyten zusammengesetzt.

Plexus chorioides. In den dem Boden des 4. Ventrikels zugewandten und ihm anhaftenden Schlingen starke dichte Infiltration mit Lymphocyten und zahlreichen Plasmazellen dazwischen (Fig. 4). Das Plexus-Epithel ist deutlich zu erkennen, im Bereich der Infiltration sehr blass, Kerne nicht gut gefärbt. — Plasmazellen liegen weiter auch noch entfernt von der dichten Infiltration in kleinen Haufen und Zügen und einzeln im Zwischengewebe der Plexus (Fig. 5). Sie liegen meist (immer?) da, wo anscheinend durch eine Art Verklebung der Windungen des Plexus das Zwischengewebe sehr breit erscheint. Zuweilen liegen auch Mastzellen im Plexusgewebe, oft dicht bei den Plasmazellen. Wand der Gefässe im Plexus glasig verdickt.

Marchi'sche Methode weist pathologische Schwarztüpfelung in den Centralwindungen, nicht in Stirn- und Hinterhauptslappen nach.

Rückenmark. Pia verdickt, wenig mit Lymphocyten infiltrirt. An den Gefässen in der Substanz des Rückenmarks, in den Vorderhörnern und den Seitensträngen einzelne Plasmazellen, die ziemlich klein sind. Die Ganglienzellen (mit Thionin) meist verändert: zum Theil vergrössert, abgerundet, fortsatzarm, mehr oder weniger aufgehellt. Viel Vacuolen, zuweilen 3, 4 randständige. An Faserpräparaten mässige Seitenstrangsdegeneration.

Das klinische Bild, das unser Kranker bot, ist bemerkenswerth durch die über fast 30 Jahre sich hinziehende cerebrale Erkrankung, die in einer klinisch zweifelhaften, aber anatomisch sichergestellten Paralyse ihr Ende erreichte. Dieser Ausgang in Paralyse, wie die Chorioretinitis im Beginn, berechtigen uns wohl zu der Annahme, dass es sich um einen ätiologisch einheitlichen Krankheitsprocess handelt, dass wir es zuerst mit einer Lues cerebri, zuletzt mit einer Paralyse zu thun haben, die in der früheren syphilitischen Infection ihre Grundlage findet.

Ich brauche kaum auszuführen, dass ich nicht annehme, dass die Paralyse aus der Lues cerebri hervorgegangen sei. Paralyse und Lues cerebri sind ja durchaus verschiedene Krankheiten, eine Umwandlung der einen in die andere widerspricht unseren heutigen pathologischen Anschauungen. Vielmehr hat sich hier, so kann man sich den Vorgang vorstellen, die Paralyse in einem durch eine Lues cerebri geschwächten

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gehirn entwickelt, wie wir das zuweilen hören. Es ist aber keineswegs die Regel, dass Jeder, der eine Lues cerebri hatte, schliesslich einer Paralyse erliegt; wir können nach den klinischen Erfahrungen keineswegs ohne Weiteres annehmen, dass das Gehirn, welches besonders empfänglich für das syphilitische Gift war, nun auch sich ebenso resistenzlos gegenüber seinem Product, dem paralytischen, verhält, wobei wir freilich nicht vergessen dürfen, dass das Befallenwerden mit Lues cerebri meist zu einer besonders energischen antisyphilitischen Kur geführt hat, die wohl etwas dem Entstehen der Paralyse entgegenarbeitet.

Was das klinische Bild angeht, so sehen wir zuerst (1875—1876) neben allgemeinen cerebralen Erscheinungen — Schwindel, Benommenheit, Erbrechen — Chorioretinitis und Atrophie der Optici. N. hat dann weiter Dienst gethan, aber 11 Jahre später wird (1876) uns wieder das Bestehen der Augenstörungen bezeugt — zugleich mit „Schlaganfall" —, und ebenso nach weiteren 13 Jahren (1889), wo nun auch der Oculomotorius sich ergriffen zeigte, und reflektorische Pupillenstarre constatirt wurde. Ob diese hier als Resterscheinung der Lues cerebrospinalis oder als erstes Zeichen der Paralyse aufzufassen ist, ist nicht zu entscheiden. Erst 29 Jahre nach Beginn der cerebralen Erkrankung tritt die ausgesprochene psychische Störung zu Tage. Aus einzelnen Anfällen deliriöser Verwirrtheit entwickelt sich unverkennbar der Korsakow'sche Symptomencomplex, in dessen Verlauf wiederholt kurze deliriöse Zeiten sich, wie ja so oft, einflechten. Daneben treten epileptiforme Anfälle, Aphasie etc. als weiterer Ausdruck der paralytischen Hirnerkrankung auf.

Während des Lebens konnten wir uns nicht entschliessen, mit Sicherheit die Diagnose Paralyse zu stellen. Wir dachten ausser an Paralyse vorzüglich an Lues cerebrospinalis, auch die Möglichkeit eines arteriosklerotischen Irreseins, etwa auf dem Boden der früheren Syphilis, musste erwogen werden. Erst die mikroskopische Untersuchung hat den Ausschlag bei der Diagnose gegeben. Denn die diffuse adventitielle Infiltration mit Plasmazellen und Lymphocyten in der Hirnsubstanz (Grosshirn und Kleinhirn sowie Vierhügelgegend), weit hinein von der infiltrirten Pia, sprechen bestimmt für Paralyse und gegen Lues cerebrospinalis, wenn auch sonst alle Befunde, die wir erhoben haben, schliesslich bei beiden Erkrankungen sich finden können.[1]) Immerhin sind es fast nur diffuse Processe, deren Spuren wir begegnen, keine localisirten, wie sie bei der Syphilis des Gehirns doch kaum fehlen.

1) Nissl, Alzheimer, l. cit.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die einzige Stelle, wo wir auf mehr herdartige Veränderungen stossen, ist die Pia der Medulla oblongata mit den spindelförmigen Lymphocytenanhäufungen, und vielleicht noch die eigenartigen Ansammlungen von Lymphocyten an manchen Gefässen der Vierhügelgegend, doch kommt das ja bei der Paralyse ebenfalls vor und andererseits fehlen Nekrosen völlig.

Wenn auch unregelmässige Wucherungen der Glia in das piale Gewebe hinein bei der Paralyse wohl bekannt sind, so sind die sehr zahlreichen und verhältnismässig grossen gliösen Erhebungen der Hirnrinde doch bemerkenswerth. Sie stehen vielleicht in Parallele zu den Ependymgranulationen, hier wie dort die besonders starke Tendenz zu gliösen Wucherungen.

Die Wucherung der Glia ist jedoch, wie uns unser Fall lehrt, nicht das einzige Pathologische bei der Bildung der Ependymgranulationen. Plasmazellen und Lymphocyten sitzen auf der Oberfläche und im Innern der Gliawucherungen. Man könnte zuerst denken, diese zelligen Gebilde stammen von der Veränderung des Plexus chorioides her, der dem Boden des Ventrikels aufgelagert ist. Es scheint mir das aber an sich wenig wahrscheinlich, da sich die Zellanhäufungen nicht auf die Stellen beschränken, die dem Plexus zunächst liegen, und da andererseits gerade der Plexus an umschriebenem Orte, dort wo er dem Boden des Ventrikels anhaftet, verändert ist.

Vielmehr lässt sich vielleicht vermuthen, dass derselbe krankhafte Reiz, der zu der Wucherung der subependymären Gliaschicht führt, auch zu der Ansammlung von Plasmazellen und Lymphocyten Anlass giebt. Am nächsten liegt es dabei, auch hier das paralytische Gift in gleicher Weise wirksam anzunehmen, wie in der Hirnrinde. Die Richtung des krankhaften Processes ist, mechanischen Gesetzen folgend, der freien Oberfläche, dem Ventrikel zugewendet. Dorthin richten sich die Gliawucherungen, dort lagern sich, den pialen Infiltrationen entsprechend, Plasmazellen und Lymphocyten ab. Eine andere Möglichkeit, auf die englische Autoren, u. A. Bolton, hingewiesen, wäre die, dass in der Ventrikelflüssigkeit enthaltene Substanzen, so u. A. Cholin, den Reiz ausübten. Woher die an der Oberfläche resp. im Innern der Ependymgranulationen liegenden Plasmazellen und Lymphocyten kommen, ist nicht sicher zu sagen, doch ist wohl das wahrscheinlichste, dass sie von den Gefässen in der Substanz unterhalb des Ventrikels herstammen, nicht, dass sie aus der Ventrikelflüssigkeit ausgetreten sind. Ob und wie weit letzteres möglich, vermag ich nicht zu entscheiden,

Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

doch wäre es an sich wohl denkbar, dass wanderungsfähige Zellen auch den Liquor als Weg resp. Beförderungsmittel benutzten.

Die Veränderung des Plexus chorioides des 4. Ventrikels ist schon berührt. In dem dem Boden des Ventrikels anhaftenden Theil des Plexus (s. Fig. 4 u. 5) ist eine starke Infiltration mit Lymphocyten und Plasmazellen vorhanden; letztere sieht man auch einzeln und zu mehreren, entfernt von der eigentlichen Infiltration, im Plexus liegen. Die Beschränkung der Infiltration auf die Plexusschlingen, die den beschriebenen Ependymgranulationen zunächst liegen, ihnen direct anliegen, machen es wahrscheinlich, dass der Process von den Ependymgranulationen übergegriffen hat. Andererseits lässt sich auch sehr wohl denken, dass der im ganzen Gehirn diffus verbreitete Krankheitsprocess u. A. auch im Plexus sich localisirt hätte, der mit seinem gefässreichen Gewebe dazu besonders geeignet erscheint. Untersuchungen der Plexus chorioidei haben sich meist auf Oedem der Plexus, Cysten, Concremente sowie Tumoren derselben beschränkt. Nur Pilcz, soweit ich weiss, hat bei verschiedenen Fällen von Geisteskrankheit, darunter 13 Paralysen, das Verhalten des Plexus studirt. Bei Paralyse bestand zumeist eine kleinzellige Infiltration, und zwar fast stets im zottenfreien Antheil. Diese setzte sich aus gewöhnlichen Lymphocyten und Zellen „mit grösserem, weniger stark tingirten Kern" zusammen, „der rundlich oder länglich elliptisch gestaltet ist". Der Gedanke liegt nahe, dass die letztbeschriebenen zelligen Elemente Plasmazellen waren.[1])

2. C., Johannes, 42 Jahre, Kaufmann[2]).

In den 70er Jahren syphilitische Infection.

1. December 1903 aufgeregt. Religiöse Wahnideen.

16. December 1903 Aufnahme in die Klinik.

Rechts Ptosis. Pupillen different. R/L. links träge, rechts null.

Sprache anstossend, nasal. Kniephänomene +. Starke Lymphocytose. Religiöse Grössen- und Versündigungsideen.

Steigende Erregung. Abstinenz.

28. December 1903 Exitus.

Anatomisch: Lues cerebrospinalis.

Heredität Null. Kein stärkerer Potus.

1878/79 Stoss gegen den Kopf durch Hochreissen einer Winde.

Nach eigener Angabe in den 70er Jahren geschlechtskrank (Geschwür).

---

1) A. Pilcz, Zur Kenntniss des Plexus chorioideus lateralis bei Geisteskranken. Jahrb. f. Psych. 1903.

2) Diesen Fall wie einen Theil der anderen hat mir Herr Geheimrath Siemerling-Kiel in gewohnter Liebenswürdigkeit überlassen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schmiercur nur angefangen. Später keine Erscheinungen. Früher sonst gesund, tüchtig.

Seit 1. December 1903 in einer neuen Stellung. Aufgeregt, schlief schlecht.

Seit 11. December zu Hause, legte sich hin, weinte, sagte, er habe schwer gekämpft, er habe Gottes Hand verspürt.

12. December. Nachts aufgestanden, schrieb fortwährend, sprach viel von religiösen Dingen.

Die letzten Nächte laut gebetet, las aus dem Gesangbuch vor.

16. December. Aufnahme in die Klinik zu Kiel.

Rechts etwas Ptosis. Pupillen beide weit, rechts schräg oval, rechts > links. R/L. links träge, rechts 0. R/C. +, Augenbewegungen frei.

Linke Nasolabialfalte > R.

Zunge gerade, zittert etwas. Sprache anstossend, nasal.

Innere Organe, auch Urin, ohne Besonderheiten.

Reflexe der oberen Extremitäten +.

Abdominal-, Cremaster-, Plantar-Reflexe +. Kein Babinski.

Kniephänomene lebhaft, Achillessehnenphänomene schwach.

Leichter Tremor manuum, besonders links.

Grobe Kraft von Armen und Beinen ziemlich gut.

Sensibilität und Motilität ohne grobe Störung Am Penis keine Narbe.

Bei der Aufnahme sehr feierlich. Orientirt, Spricht mit grossem Nachdruck und starker Betonung, laut und feierlich.

Er habe die Gottesgabe einer besonderen Disposition erhalten. Auf Befragen, ob er Gottes Stimme gehört habe, sagt er erst „ja“ dann, er habe eine solche Schwere im Kopf gehabt, sei damit gegen die Wand gerannt. In den letzten Tagen Kopfschmerzen. Er habe nicht die Kraft gehabt, seinen Posten gut durchzuführen. Er habe in den letzten Nächten geschrieben, weil ihm eingefallen sei, seine ganze Erinnerung aufzunotiren. Auf Befragen, er sei erst in der letzten Zeit zur Kirche gegangen, er vermuthe, dass er eine Frleuchtung gehabt habe.

Einfache Rechenexempel löst er richtig.

17. December Nachts sehr unruhig, schlug sich mit den Händen auf die Brust, betete laut, rief: „Die Hülfe kommt nur vom heiligen Geist“. Wollte nicht mehr zu Bett: „Da liegt Gott der Vater drin“, sang laut: „O heiliger Geist, erhöre mich“. Morgens steht er mit gefalteten Händen im Bett, will sich nicht hinlegen, da er sonst stumm werde. Er habe eine schwere Sünde begangen und müsse jetzt dafür leiden. Verweigert die Nahrung fast ganz.

18. December. Ging im Saal Nachts umher, sang und betete laut, schlief eine Zeit lang, zog dann um 12 Uhr sein Hemd aus, tanzte umher, sang dazu und betete. Morgens wirft er sich auf den Boden, singt und betet laut.

20. December. Commandirt laut. Starke Lymphocytose.

26. December. Etwas ruhiger. Lässt keinen Urin. Katheterisation sehr schwer (Strictur!). Urin blutig.

27. December. Morgens benommen, reagirt nicht auf Anrufen, dagegen

Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

auf Nadelstiche durch Verzerren des Gesichtes. Lässt alle sunter sich. 40,5°. Puls klein, 120. Abends 39,7°.

28. December. Dauernd benommen. 39,8°. Puls sehr klein.

2 Uhr Exitus letalis.

Section: Hirngewicht 1425 g.

Pia im Allgemeinen trübe, ödematös, verdickt, besonders stark über dem oberen Ende der Centralwindungen links. An der Spitze des linken Schläfenlappens sieht man eine schwielig graugelbe Verdickung, die der Fossa Sylvii eine Strecke weit folgt. An der Pia Knochenplättchen.

Starkes Emphysem beider Oberlappen und des rechten Mittellappens. Hyperämie beider Unterlappen. Subendocardiale Fettläppchen. Fensterung der Aortenklappen. Stark fettige Fleckung und endocarditische Erhebungen in der aufsteigenden Aorta, Arcus Aortae und absteigender Aorta. Trübe Leber und Nieren. Derbes Pankreas. Schieferige Färbung der Follikel und Platten des Darms. Starke Ektasie der mit blutigem Urin gefüllten Blase. Starke Röthung der Blasenschleimhaut. Eine Strictur der Harnröhre in der Portio membranacea.

Mikroskopisch: Pia im Allgemeinen verdickt, unregelmässig, die fleckweise Verdickung an der Spitze des Schläfenlappens ist eine derbfaserige Masse mit Necrose darin. Die Pia ist infiltrirt mit sehr zahlreichen Plasmazellen und Lymphocyten (Fig. 6), letztere mehr in rundlichen oder spindelförmigen Haufen. Die Infiltration ist diffus, auch ganz entfernt von den fleckweisen Verdickungen.

In der Wand einer Piavene in der Intima ein in das Lumen vorspringendes Knötchen aus Lymphocyten und Plasmazellen. Hirnsubstanz selbst (Frontal-, Central-, Occipital-Lappen) frei von adventitiellen Infiltraten von Lymphocyten oder Plasmazellen, dagegen finden sich in mässiger Menge intensiv blaue Kerne, rundlich oder eckig, ja zackig an den Gefässen, an anderen Stellen, besonders im Hinterhauptslappen, an den kleinen Gefässen reihenförmig und in Haufen Gliazellen, ferner viel klumpiges Pigment (Fig. 7)[1]).

Gefässe sehr zahlreich. Neubildung?

Stäbchenzellen an den Rindengefässen? Trabantzellen vermehrt.

Grosse Pyramidenzellen zum Theil formverändert, mit centralem Zerfall.

Marchi: Hirnrinde zeigt nur entlang den Gefässen stärkere Schwarztüpfelung.

Arteria basilaris zeigt Heubner'sche Endarteriitis.

Rückenmark, Lende: Pia mit Lymphocyten und ziemlich zahlreichen Plasmazellen infiltrirt. Letztere liegen besonders nach dem Rückenmark hin, einzelne an den einstrahlenden Gefässen sowie isolirt im gliösen Randsaum.

Plasmazellen klein, besonders die frei liegenden zeigen eigenthümlich unregelmässige, polypenartige Gestalt.

---

1) Diese Anhäufung und reihenweise Anordnung von Gliazellen sieht man bei verschiedenen Hirnerkrankungen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In der Pia gerade vor der hinteren Fissur Knötchen (Fig. 8). Am Rande Lymphocyten, centrale Nekrose um ein Gefäss. In der nekrotischen Partie noch Riesenzellen erkennbar. Brust- und Halsmark zeigen ähnliche Verhältnisse.

Vorderhornzellen mit centralem Zerfall, keine Vacuolen.

Lichtstarre, resp. fast lichtstarre, differente Pupillen, nasale, anstossende Sprache, lebhafte Kniephänomene, schnell ausbrechende und sich enorm steigernde Erregung mit zahlreichen unzusammenhängenden Wahnideen, besonders religiösen Inhaltes, schneller Verfall und Tod (ohne eine anatomisch nachweisbare Ursache von Seiten der Körperorgane!), das sind somatische und psychische Erscheinungen, aus denen wir gewohnt sind, mit absoluter Sicherheit die Diagnose Paralyse zu stellen. Wir suchen auch vergebens in dem klinischen Bilde nach Zügen, die nicht zur Paralyse passten, oder die den Verdacht auf Lues cerebro-spinalis erregten — und doch spricht der anatomische Befund für letztere und gegen Paralyse. Schon der makroskopische Befund müsste den Verdacht auf specifisch syphilitische Veränderungen erregen durch die umschriebenen starken Verdickungen der Pia, so an der Spitze des Schläfenlappens, wenn man auch noch an das Nebeneinander von syphilitischen und paralytischen Veränderungen denken könnte. Von den pathologisch-anatomischen Befunden jedoch, die wir durch die neuesten Untersuchungen als charakteristiseh für Paralyse kennen gelernt haben, finden wir nichts, dagegen solche, die wir als syphilitische erfahrungsgemäss ansprechen können. Wir vermissen auf der einen Seite in der Hirnrinde jegliche Infiltration mit Plasmazellen und Lymphocyten, obwohl die Pia diese diffus in besonders hohem Grade zeigt, und andererseits stellten wir fest ein kleines Gummi der Pia des Rückenmarks, Heubner'sche Endarteriitis der Basilaris, Nekrose in der umgrenzten Piaverdickung am Schläfenlappen und noch anderes mehr, was wir nur als syphilitisch deuten konnten.

Alles in allem ein Fall, der unter dem Bilde einer galoppirenden typischen Paralyse verlief, sich aber anatomisch als Lues cerebro-spinalis herausstellte. Dabei ist bemerkenswerth, dass die Infection etwa 20 Jahre zurücklag, wo wir doch wissen, dass in der Mehrzahl der Fälle die Lues cerebro-spinalis in den ersten Jahren nach der Infection zur Entwickelung kommt.

Unser nächster Fall hat manches Aehnliche.

Fall 3. H., Frau. 56 Jahre.

Puella publica. Syphilitische Infection sehr wahrscheinlich. Potatrix.

Schon lange wüst im Kopf, vor einigen Tagen Krampfanfall.

Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

5. August 1905 Aufnahme.

Rechte Pupille > L. R/L. träge. Rechte Nasolabialfalte > L.

Sprache verwaschen, nasal. Spasmen in den Beinen, geringe neuritische Erscheinungen. Tremor. Kniephänomen lebhaft. Unorientirt, dement, zunehmende Benommenheit.

17. Juli 1905. Rechts Hemiplegie.

25. August 1905. Lumbalpunction: Klarer Liquor. Deutliche Trübung mit $MgSO_4$. Lymphocyten +.

27. August 1905. Exitus letalis.

Section: Im Gehirn mehrere Erweichungsherde im Bereich der inneren Kapsel.

Mikroskopisch: Lues cerebro-spinalis.

Wegen chronischen Alkoholismus polizeilich eingeliefert. Puella publica. Syphilis sehr wahrscheinlich, nach eigener Angabe früher Schmiercur.

5. August 1905. Aufnahme in die Klinik zu Königsberg.

Dürftig genährt. Starrer Gesichtsausdruck. Rechts Nasolabialfalte schwächer als links.

Rechte Pupille > L., R/L. träge, R/C. +. AB. frei.

Zittern der Zunge und der Hände.

Sprache undeutlich, verwaschen, etwas nasal. Bei Paradigmata Silbenstolpern. In den Beinen leichte Spasmen, starke Kneifempfindlichkeit der Waden.

Kniephänomene lebhaft, Achillesphänomene vorhanden. Patellarreflex ebenso, kein Babinski. Reflexe der oberen Extremitäten +. Schnauzreflex +.

Patientin ist zur Person richtig, sonst örtlich und zeitlich unorientirt. Giebt an, sie habe vor einigen Tagen einen Krampf im Gesicht gehabt, sei hingefallen, will sonst nicht an Krämpfen und Schwindel leiden. Sie sei schon lange krank im Kopf, es sei darin so wüst. Wenn sie gehen wolle, sei es, als ob ihr Jemand die Füsse in ein langes Handtuch einschnüre. Sie ist über die letzte Zeit mangelhaft orientirt, erzählt unzusammenhängend, fasst schwer auf. Sie erscheint sehr dement, kann die einfachsten Rechenaufgaben wie andere Fragen nicht richtig beantworten.

9. August 1905. Sehr stumpf, schläfrig. Merkfähigkeit herabgesetzt.

13. August. Mehr benommen, lässt unter sich.

17. August. Morgens rechtsseitige Hemiplegie.

Fieber. Schwer benommen.

25. August. Lumbalpunction: Liquor klar, wasserhell. Deutliche Trübung mit $MgSO_4$, starke Lymphocytose.

Vorübergehend etwas freier, 27. August 1905 Exitus letalis.

27. August 1905 Section: Schädeldach dick, schwer, wenig Diploe. Dura mässig gespannt, glatt, glänzend. Gefässe an der Basis ohne makroskopische Veränderungen. Keine stärkere Trübung der Pia des Gehirns. Hirngewicht 1273. Windungen nicht auffallend schmal.

Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Auf Frontalschnitten links kleine Erweichungen im Corpus striatum resp. Thalamus opticus, die auf die innere Kapsel übergreifen. Am hinteren Ende der ersten Stirnwindungen links ein abgekapselter, kleiner, dreieckiger Herd.

Körpersection: In den Lungen mehrfache pneumonische Herde. Emphysem. Bronchitis.

Leichte Hypertrophie des rechten und linken Ventrikels. Geringe kalkige Einlagerungen in der Aortenwand.

Muskulatur schlaff, von braunröthlicher Farbe.

Nieren: Rinde verschmälert, Oberfläche leicht granulirt.

Leber: Am Lobus Spigelii und Lobus quadratus je eine strahlige Narbe.

Im hinteren Scheidengewölbe eine narbige Einziehung, ebenso an der Einmündungsstelle der linken Tube in den Uterus.

Mikroskopisch: Pia des Grosshirns mit Lymphocyten und Plasmazellen stark infiltrirt. In der Hirnrinde keine Lymphocyten oder Plasmazellen an den Gefässen, dagegen Gliazellen in Haufen und Reihen. Viel Pigment daselbst.

Pia des Rückenmarks verdickt, in allen Höhen mit Lymphocyten und Plasmazellen stark infiltrirt. Die Plasmazellen liegen theils zwischen den Lymphocyten, theils mehr nach aussen, andere nach innen. In den Lymphocytenhaufen vielfach Uebergangsbilder zu Plasmazellen. Die Plasmazellen am inneren Rande der Pia liegen vielfach nicht mehr im pialen Gewebe, sondern im Gliarandsaum, bald mehr, bald weniger weit von der Peripherie entfernt, zu zweien und dreien, oder ganz einzeln. Diese zeigen oft eigenthümlich zackige Formen, sind wie mit Fortsätzen versehen, sehen wie verkümmert aus.

An anderen Stellen liegen an der Grenze von Pia und Rückenmark Plasmazellen in Haufen oder wie ausgeschwärmt (Fig. 9 und 10). — Die Piainfiltration erstreckt sich an einzelnen Gefässen eine kurze Strecke weit in's Rückenmark hinein, andere werden von einzelnen Plasmazellen ziemlich weit in ihrem intramedullären Verlaufe bgleitet. Im Uebrigen sieht man weder in der weissen, noch in der grauen Substanz des Rückenmarks Infiltrationen, noch einzelne Plasmazellen resp. Lymphocyten. Die Ganglienzellen der Vorderhörner bieten theilweise ganz normale Verhältnisse, andere sind in verschiedenem Grade central aufgehellt, manche endlich enthalten Vacuolen, die meist randständig sind. Marchi'sche Methode: Starke frische Degeneration in den Pyramidenseitensträngen, besonders links, geringe diffuse in den Hintersträngen.

Bei Lebzeiten war in diesem Falle eine sichere Diagnose nicht zu stellen. Auf der einen Seite liessen sich die somatischen wie psychischen Erscheinungen durch chronischen Alkoholismus wohl erklären, während sie andererseits auch sehr gut zu der Annahme einer progressiven Paralyse passten, für die auch das positive Ergebniss der Liquor-Untersuchung mehr sprach, da wir bei Alkoholismus doch zumeist ein negatives Resultat erhalten. Den Krampfanfall kurz vorher deuteten wir am ehesten als paralytischen, doch konnte er ja auch alkoholisch bedingt sein. Die Hemiplegie, zehn Tage vor dem Tode, liess sich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entweder wie der Krampfanfall als paralytischer epileptischer Anfall deuten, oder als Folge einer durch Alkoholismus bedingten Gefässveränderung auffassen. So liessen die meisten Symptome zwei Deutungen zu: Paralyse oder Alkoholismus, event. beide; Lues cerebrospinalis zu vermuthen, bot das klinische Bild keinerlei ausreichende Anhaltspunkte, wir finden weder besonderes Hervortreten von Hirnnerven-Lähmungen, noch das charakteristische Kommen und Gehen der Erscheinungen u. s. w. Auch die psychischen Erscheinungen — die Unorientirheit, die Demenz und die besonders starke Störung der Merkfähigkeit haben sehr viel alkoholisches Gepräge, ohne dass sie der Annahme von Paralyse widersprächen. Und nun zeigt uns die mikroskopische Untersuchung, dass wir einerseits die charakteristischen Veränderungen der Paralyse — adventitielle Plasmazellen- und Lymphocyten-Infiltration — vermissen, andererseits wiederum starke Infiltration der Pia des Gehirns und Rückenmarks mit Plasmazellen und Lymphocyten feststellen, einen Befund, der dem chronischen Alkoholismus fremd ist. In keinem Falle von Alkoholismus chronicus, Delirium tremens und anderen alkoholischen Psychosen, wie wir sie in ziemlich grosser Zahl untersuchen konnten, fanden wir erhebliche Lymphocyten- oder Plasmazellen-Infiltrate in der Pia oder der Substanz. Plasmazellen konnte ich bei ihnen überhaupt nicht entdecken.

In unserem Falle nun bleibt, da die Paralyse ausscheidet, nur die Entscheidung zwischen tuberculöser oder syphilitischer Meningitis, die beide anatomisch den erwähnten Befund, entzündliche Infiltration der weichen Hirnhäute, aufweisen. Die Wahrscheinlichkeit früherer syphilitischer Infection, die auf Syphilitis verdächtigen Narben an der Leber und im Genitaltractus, das Fehlen tuberculöser Veränderungen im Körper lassen Syphilis bei weitem am Wahrscheinlichsten erscheinen, so dass wir es mit diffuser pialer Infiltration chronisch-entzündlicher Art auf syphilitischer Basis zu thun haben. Ob nicht irgendwo circumscripte syphilitische Processe vorhanden sind oder eine Heubner'sche Endarteriitis — die von Nissl beschriebene luetische Gefässveränderung sah ich hier nicht — etc., kann ich nicht entscheiden, bedeutungsvoll bleibt jedenfalls die ausgebreitete Infiltration unabhängig von einem umschriebenen Herd.

Unsere drei Fälle, um bei ihnen im Zusammhang noch kurz zu verweilen, bringen klinisch wie anatomisch manche bemerkenswerthe Züge zur Differentialdiagnose von Lues cerebri und Paralyse.

Der erste Fall, bei dem Lues cerebro-spinalis am nächsten lag, ergab anatomisch sicher Paralyse, sicher, weil, um es noch einmal zu betonen, in der erdrückenden Mehrzahl der Paralysefälle

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die gleiche Rindenerkrankung vorhanden ist, während sie bei zweifelloser Lues cerebri fehlt. Noch lehrreicher ist der zweite Fall. Klinisch keinerlei Zweifel an Paralyse, anatomisch zweifellos Lues cerebro-spinalis, keine Paralyse. Dabei wurde die Lues cerebri nicht etwa aus dem Fehlen der paralytischen Rindenveränderung erschlossen, sondern aus Befunden, wie sie stets als typisch syphilitisch angesprochen wurden — Gummi, Heubner'sche Endarteriitis u. s. w. Besonders wichtig ist dieser Fall durch die diffuse entzündliche Infiltration der Pia, unabhängig von den Herderkrankungen, da somit auch für diese an sich die syphilitische Natur erwiesen scheint. Dadurch erhält unsere Auffassung, dass die gleiche Veränderung im dritten Falle auch syphilitischen Ursprungs ist, obwohl keine circumscripten Herde vorhanden sind, die beste Stütze. Vielleicht gelingt es auch mit der Zeit, retrospectiv aus solchen Fällen für die Verfeinerung der Differentialdiagnose Paralyse und Lues cerebri Vortheil zu gewinnen.

Unsere Fälle bestätigen nach allem wieder die grosse pathognomonische Bedeutung der von Nissl und Alzheimer festgestellten paralytischen Rindenerkrankung, wie ich es in meinem vorjährigen Vortrag auch thun konnte.[1]) Unter damals 18 Paralysefällen ergaben 17 typische Rindeninfiltration, Fall 18 war unser Fall 2. Die weiteren Untersuchungen betrafen mehrere Fälle von Dementia senilis, arteriosklerotischer Hirnerkrankung, Autointoxicationspsychosen, ferner Delirium tremens, Dementia praecox etc., in denen allen Lymphocyten und Plasmazellen-Infiltrate in der Hirnrinde fehlten.

Wie der Fall 1 zeigt, und wie wir aus anderen Untersuchungen [Alzheimer[2])] wissen, ist die adventitielle Infiltration mit Plasmazellen und Lymphocyten nicht auf die Hirnrinde beschränkt, sondern findet sich auch in den tieferen Hirntheilen, Pons, Medulla oblongata etc.

Zu einer Untersuchung des Rückenmarks in der gleichen Richtung haben mich vor allem die Befunde bei einem Fall von amyotrophischer Lateralsklerose veranlasst, der combinirt war mit multiplen Cysticerken der Hirnhäute.[3]) Es fand sich im Rückenmark, noch mehr in Medulla oblongata und Brücke eine starke adventitielle Infiltration, die an den grossen Gefässen aus Lymphocyten und Plasmazellen bestand,

---

1) Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. l. c.

2) l. c.

3) Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. l. c. und E. Meyer, Amyotrophische Lateralsklerose etc. Dieses Archiv Bd. 41 H. 2.

Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

während sie an den kleinen so gut wie ausschliesslich aus Plasmazellen gebildet wurde. „Zum Vergleich untersuchte Rückenmarksdegenerationen bei Paralyse liessen in einzelnen Fällen, aber nie sehr zahlreich, Lymphocyten und Plasmazellen erkennen," so fasste ich damals das Ergebniss meiner Untersuchungen zusammen. Es entsprach das im Ganzen dem, was Alzheimer[1]) schon festgestellt hatte. Neuerdings hat Schröder[2]) bei einem ganz frischen Tabesfall Lymphocyten- und Plasmazellen-Infiltrate in der Pia und um die Gefässe des Marks, ohne Bevorzugung der Hinterstränge, nachgewiesen. [Dabei waren die Zellenmäntel nur schmal. Auch in 4 Fällen alter Tabes fand Schröder ähnliche, wenn auch erhebliche geringere Zellansammlungen an den Gefässen des Rückenmarks.

Zu den Ergebnissen am Rückenmark in unseren 3 Fällen füge ich noch die eingehendere Mittheilung meiner früheren und neueren Beobachtungen bei Paralyse sowie einigen anderen Fällen hinzu.

Zuerst möchte ich noch einmal hinweisen auf einen früher von mir und Juliusberger beschriebenen Fall[3]) von „infectiöser Granulationsgeschwulst". Wir fassten damals den Befund zusammen als „Rundzelleninfiltration" der Pia und des Rückenmarkes selbst, wobei die Infiltration im Rückenmark sich besonders an die Gefässe anschloss, aber sich gleichzeitig auch diffus verbreitete. Schon damals sprachen wir die Vermuthung aus, dass sich unter den zerstreut liegenden Zellen vielleicht Plasmazellen fänden. Bei einer erneuten Durchsicht liess sich nun, trotzdem die Präparate ein wenig abgeblasst waren, feststellen, dass in der Pia zwar überwiegend Lymphocyten waren, in der Substanz des Rückenmarks aber sehr viel Plasmazellen neben den Lymphocyten. Zunächst den grösseren Gefässen lag zumeist erst ein vielfacher Zellmantel von Lymphocyten, nach aussen hin Plasmazellen, aus denen dann das diffuse Infiltrat zum grössten Theil bestand.

Diesen Befund führe ich vor allem deshalb auf, weil er uns zeigt, dass Plasmazellen auch in der Substanz des Centralnervensystems diffus infiltrirt sein können, während sie ja sonst mehr oder weniger eng an die Gefässe gebunden sind. Ueberhaupt sind ja derartige diffuse Infiltrationen im Centralnervensystem selten.

1) l. c.

2) Schröder, Ein Beitrag zur Histopathologie der Tabes dorsalis. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1906. 1. August.

3) O. Juliusberger und E. Meyer, Beitr. z. Kenntn. der infectiösen Granulationsgeschwülste des Centralnervensystems. D. Archiv Bd. 31 H. 3.

Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Die Fälle von Paralyse, deren Rückenmarksbefunde[1]) hier folgen, waren sämmtlich klinisch und anatomisch einwandfrei.

Fall 4. E.

Pia-Rindeninfiltration mit Plasmazellen und Lymphocyten. Seitenstrangerkrankung.

Pia des ganzen Rückenmarks sehr stark zellig infiltrirt, vorwiegend mit Lymphocyten, weniger mit Plasmazellen. An den von der Pia in das Rückenmark einstrahlenden Gefässen zum Theil Plasmazellen in der Adventitia, ebenso an anderen Gefässen in der Substanz des Rückenmarks, bald hier, bald dort, z. B. in den Vorderhörnern, keine besondere Localisation. Doch sind es stets nur wenige Plasmazellen, oft ganz einzelne, stets kleine Exemplare. An manchen Stellen greift die Infiltration der Pia direct auf das Rückenmark eine Strecke weit diffus über.

Fall 5. M.

Pia-Rinden-Infiltration mit Plasmazellen und Lymphocyten. Hinter-Seitenstrang-Erkrankung.

Rückenmarkspia in allen Höhen stark mit Lymphocyten und Plasmazellen infiltrirt, auch die hinteren Wurzeln durchsetzt. In den Hintersträngen treten viele Gefässe schon bei mittlerer Vergrösserung sehr deutlich hervor durch den Kernreichthum ihrer Wände, der fast nur durch Plasmazellen, weniger Lymphocyten gebildet wird (Fig. 11). Zum Theil directe Anhäufung von Plasmazellen, die an anderen Stellen reihenweise liegen. Aehnliches Aussehen bieten die Gefässe in den Pyramiden-Seitensträngen, wenn auch nicht so deutlich. Plasmazellen meist klein, wie verkümmert. Ganglienzellen nur mässige centrale Aufhellung.

Fall 6. L.

Paralytische Rindenveränderung. Hinterstrangserkrankung.

Lendenmark. Pia enthält mässig zahlreiche Lymphocyten, keine Plasmazellen. Im Rückenmark keine Plasmazellen, an den Gefässen nur einzelne zellige Elemente, nicht sicher lymphocytischer Art.

Halsmark. In der Pia Lymphocyten, keine Plasmazellen. In den Vorderhörnern und Pyramidenseitensträngen etwas vermehrte Zellen an den Gefässen; Lymphocyten und vereinzelte schmale Plasmazellen, daneben wohl Vermehrung der Adventitiazellen.

Ganglienzellen der Vorderhörner zeigen centrale Aufhellung mässigen Grades.

1) Färbung mit Thionin.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall 7. W.

Paralytische Rindenveränderung. In der inneren Kapsel alte Erweichung mit absteigender Degeneration.

Rückenmark. Pia in allen Höhen mit Lymphocyten und zahlreichen Plasmazellen infiltrirt, besonders auch die in die Fissuren hineingehenden Piafortsätze. An einem Gefäss in der vorderen Fissur eine Anzahl Plasmazellen. In der Substanz im Lendenmark an einzelnen Gefässen, hier und dort, eine Anzahl Lymphocyten und Plasmazellen; letztere klein, unregelmässig geformt, auch schmal. Hals- und Brustmark ähnlich. Dort in dem einen Pyramidenseitenstrang deutliche Kernvermehrung an den Gefässen. Dieselbe ist bedingt durch runde und längliche blasse Kerne, ganz vereinzelt Plasmazellen. Ganglienzellen der Vorderhörner mit centralem Zerfall, vereinzelt Vacuolen. Untergrund zum Theil sehr dunkel gefärbt.

Fall 8. H.

Paralytische Rindenveränderung. Hinter-Seiten-Strangerkrankung. In dem Bereich der alten Degeneration frische Quellungsherde bei v. Gieson'scher Färbung.

Rückenmark. In der Pia Lymphocyten und Plasmazellen in mässiger Menge. Gefässe des Rückenmarks, speciell in den Pyramidenseitensträngen, zeigen verdickte Media und verbreiterte Gliascheide sowie Kernvermehrung, die durch Adventitia- und Gliakerne bedingt ist. Nirgend Lymphocyten oder Plasmazellen in der Substanz, speciell auch nicht an der Stelle der Quellungsherde.

Ganglienzellen der Vorderhörner zum grossen Theil abgerundet, mit randständigem Kern, der oft länglich oder eckig erscheint, verwaschen hell oder dunkel gefärbt. Granula in feinste Körnchen zerfallen. Andere Zellen mit besser erhaltener Form und Zeichnung, wieder andere ganz aufgehellt, glasig. Vereinzelte Vacuolen.

Zum Vergleich füge ich noch die Rückenmarksbefunde bei Thioninfärbung von einigen anderen Fällen an.

Fall 9. W.

Grosse Tuberkel im linken Stirnhirn. Mikroskopisch sehr grosse Plasmazellen, zum Theil riesig, mit mehreren Kernen, Vacuolen etc. am Rande der Tuberkel.

Pia des Gehirns in der Umgebung der Tuberkel enthält Lymphocyten und Plasmazellen; weiterhin Pia und Gehirnsubstanz frei.

Rückenmark. Pia mässig mit Lymphocyten infiltrirt, keine Plasmazellen.

Rückenmark selbst frei von Lymphocyten oder Plasmazellen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall 10. M.

Tuberculöse Meningitis. Starke Lymphocytose des Liquor.

Rückenmark. Pia enorm stark mit Lymphocyten und Plasmazellen durchsetzt, besonders an der hinteren Peripherie des Rückenmarks.

Plasmazellen oft am nächsten dem Rückenmark, einzelne im Gliarandsaum.

An den Gefässen der Hinterstränge von der Pia ausstrahlend, aber auch weiter entfernt, mehrfach Plasmazellen an den Gefässen, gross, lang gestreckt.

Fall 11. W.

Tuberculöse Meningitis von Tuberculose der Wirbelsäule ausgehend. Starke Lymphocytose des Liquor cerebro-spinalis.

Brücke. Pia mit Lymphocyten und Plasmazellen infiltrirt. Letztere, wo sehr viel Lymphocyten, rundlich, wo nur wenige (Process anscheinend älter), länglich oder eckig. Auch in der Intima der grossen Gefässe wie in der Adventitia Plasmazellen- und Lymphocyten-Haufen. In der Substanz der Brücke keine Infiltration ausser am Rande, ebenso in der Medulla oblongata.

Rückenmark. In allen Höhen Pia stark mit Lymphocyten und Plasmazellen infiltrirt. Die Infiltration setzt sich an den Gefässen eine Strecke weit in das Rückenmark selbst fort, das sonst frei ist.

Fall 12. M.

Autointoxicationspsychose.

Frische Degeneration beider Pyramidenseitenstränge.

Rückenmark. Weder in der Pia noch in der Substanz Lymphocyten oder Plasmazellen.

Was ich an Fällen von seniler Demenz, Delirium tremens etc. etc. noch untersucht habe, wies auch hinsichtlich des Rückenmarks stets negativen Befund in Bezug auf Lymphocyten oder Plasmazellen auf.

Versuchen wir aus unseren einzelnen Befunden allgemeine Gesichtspunkte zu gewinnen, so liegt es nahe, bei den zelligen Elementen, nach deren Vorkommen wir besonders gefahndet haben, den Plasmazellen, zu verweilen. Wir haben unsere Untersuchungen mit Thioninfärbung vorgenommen, bei der, wie mit Methylenblau etc., das Protoplasma nur eine klumpige, zusammengeballte, keine körnige Beschaffenheit erkennen lässt; die Schridde'sche Methode,[1]) eine deutliche

1) Schridde, Beiträge zur Lehre von den Zellkörnelungen. Anatomische Hefte 85/86.

Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Körnelung nachzuweisen, konnte ich noch nicht benutzen. Vielleicht können wir bei den ausserordentlich verschiedenen Formen, die die Plasmazellen aufweisen, gerade von der Schridde'schen Methode noch wichtige Aufschlüsse erwarten.

Dass die Plasmazellen, wenn sie auch runde resp. ovale Form bevorzugen, doch sehr verschiedene Gestalt annehmen können und ebenso sehr mannigfaltige Abweichungen in der Anordnung des Protoplasmas zeigen, ist ja bekannt. Aus unseren Beobachtungen ist hervorzuheben, dass die Plasmazellen in der Substanz des Rückenmarks durchweg sehr klein, dabei vielfach eckig und länglich waren, nur einen Kern enthielten, ebenso die in der Pia gelegenen, insbesondere die, welche dem Rückenmark zunächst lagen. Sie sind nicht nur kleiner als die massigen Plasmazellen, welche wir am Rande von Tuberkeln etc. sehen, sondern im Durchschnitt auch erheblich geringer an Umfang als z. B. die in Pia oder Gehirn bei Paralyse gelegenen waren.

Zur Erklärung erinnern wir uns daran, dass wir die mächtigsten Plasmazellen da finden, wo die entzündlichen Processe am ausgedehntesten sind, umgekehrt die kleinsten dort, wo sie sich in engen Grenzen halten, wie das bei unseren Rückenmarksbefunden der Fall ist. Sie kommen dort nicht recht zur Entwickelung resp. verkümmern bald. — Bezeichnend dafür ist, dass eigentlich nur in dem erwähnten Falle von „entzündlicher Granulationsgeschwulst", wo der krankhafte Vorgang ein sehr mächtiger war, die Plasmazellen grösser waren. — Wo der chronisch entzündliche Process am stärksten, dort wird am meisten Gewebe zerstört, und es ergiebt sich daher das grösste Bedürfniss nach Elementen, die das necrotische Gewebe abführen. Nahe liegt es deshalb, den Plasmazellen eine phagocytäre Rolle zuzuschreiben, wie das ja viele Autoren thun, und ihre verschiedene Grösse wie ihre sonstigen morphologischen Differenzen durch die verschieden grosse Menge an aufzunehmendem zerstörten Gewebe zu erklären. Andererseits hat man das Auftreten von Plasmazellen bei Entzündungen nur als vorübergehende Erscheinung und als Folge des Entzündungsreizes aufgefasst [Porcile[1])]. Auch in diesem Sinne, wo das Auftreten der Plasmazellen enger an die entzündlichen Processe gebunden ist, ihm direct angehört, lässt sich die verschiedene Ausbildung der Plasmazellen je nach der Intensität des Reizes und des dadurch hervorgerufenen krankhaften Processes ohne Weiteres verstehen. Vielleicht lassen sich

1) Porcile, Untersuchungen über die Herkunft der Plasmazellen in der Leber. — Ziegler's Beiträge 1904. S. 374.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

am besten beide Auffassungen vereinigen, der Art, dass die in Folge des entzündlichen Reizes aufgetretenen Plasmazellen später sämmtlich oder zum Theil als Phagocyten verwandt werden.

Was die Herkunft der Plasmazellen angeht, so hat Nissl 1904 die Literatur eingehend gewürdigt und sich dabei für die Entstehung der Plasmazellen aus Lymphocyten ausgesprochen, während bekanntlich Marchand die Ansicht vertrat, dass die Blutgefässe regelmässig von einer Anzahl Zellen begleitet seien, die im Stande seien, Elemente von der Beschaffenheit der Lymphocyten und der grossen einkernigen Leukocyten zu produciren. „Leukocytoide" Zellen sind alle diese ausserhalb der Gefässe gebildeten Zellen, zu denen nach Marchand vor Allem lymphoide Zellen, Plasmazellen in ihren Modificationen und Mastzellen gehören. Von neueren Untersuchern auf diesem Gebiete lässt Porcile[1]) die Plasmazellen aus Lymphocyten hervorgehen, deren Auswanderung aus den Blutgefässen aber nicht sichergestellt sei, vielmehr seien auch im Gewebe Lymphocyten vorhanden — wie das Ribbert annimmt —, aus denen die Plasmazellen an Ort und Stelle hervorgingen. K. Ziegler[2]) nimmt demgegenüber an, dass die Lymphocyten des Gefässsystems die Mutterzellen all der mannigfaltigen Zellformen seien. Auch Schridde[3]) vertritt die Anschauung, dass die Plasmazellen Abkömmlinge der Lymphocyten sind, was meinen Beobachtungen nach mir auch der Fall zu sein scheint.

Die Wanderungsfähigkeit der Lymphocyten ist noch immer Gegenstand lebhafter Discussion [Israel[4]) u. A.], wenn auch ein grosser Theil der Autoren, so Nissl, eine solche annehmen.

Was die Plasmazellen anbelangt, so kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, dass dieselben ein nicht geringes Bewegungs- und Wanderungsvermögen haben.

Kehren wir zu unserem eigentlichen engeren Thema zurück, so gingen wir von der Frage aus, ob bei der Paralyse im Rückenmark die gleichen chronisch entzündlichen Veränderungen wie in der Hirnrinde sich finden. Wir haben früher geantwortet, dass bei Rückenmarksdegenerationen bei Paralyse in einzelnen Fällen, aber nie sehr zahlreich, Plasmazellen und Lymphocyten nachweisbar

1) l. c.

2) Kurt Ziegler, Histologische Untersuchungen über das Oedem der Haut und des Unterhautzellgewebes. Ziegler's Beiträge. 1904. S. 345.

3) Schridde, l. c.

4) O. Israel, Ueber active Lymphocytose und die Mechanik der Emigration. Berliner klin. Wochenschr. 1905. 18. (Nach Israel's Ansicht ist der Beweis für active Emigration der Lymphocyten noch nicht erbracht.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

waren. Aehnlich, aber doch mehr in positivem Sinne wird unsere Antwort jezt lauten, soweit wir aus 6 Fällen, die uns zur Zeit nur zur Verfügung stehen, einen Schluss ziehen können. In 5 von 6 sicheren Paralysefällen bestanden im Rückenmark und der Pia desselben Veränderungen der gleichen Art wie in der Rinde und ihrer Pia, jedoch waren dieselben quantitativ erheblich geringer, vor Allem im Rückenmark selbst verglichen mit der Hirndrinde.

Eine nähere Beziehung der entzündlichen Infiltration mit Lymphocyten-Plasmazellen zu den Strangdegenerationen ergab sich aus unseren Beobachtungen nicht, auch Schröder[5]) hat sie in seinem Tabesfalle vermisst. Bemerkenswerth war auch besonders, dass der einzige Fall von Paralyse, in dem bei sehr stark ausgesprochener Rindenerkrankung nichts von Plasmazellen-Lymphocyten-Infiltration im Rückenmark zu finden war, gerade einer mit Hinter-Seitenstrangdegeneration und frischen Degenerationsherden war. Die, wie es scheint, diffuse Ausbreitung des entzündlichen Processes zeigt auch, dass es sich dabei um einen dem Rindenprocess wesensgleichen Vorgang handelt. Hier wie dort ist es der anatomisch sichtbare Ausdruck des paralytischen Giftes.

Wir haben es somit, wie es scheint, mit drei Arten von Erkrankungsformen im Rückenmark bei Paralyse zu thun:

1. Primäre strangartige Degeneration ohne nachweisbaren Zusammenhang mit einer Hirnerkrankung.

2. Secundäre absteigende Degeneration von Hirnherden, speciell Rindenherden, aus.

3. Diffuse adventitielle Plasmazellen und Lymphocyten-Infiltration als Ausdruck eines chronisch entzündlichen Processes.

Derartig verschiedene Erkrankungsformen, die natürlich oft neben einander vorkommen, vermag die Paralyse nun wie im Rückenmark, so auch im anderen Theil des Centralnervensystems hervorzurufen, überall wohl können bald rein degenerative, bald entzündliche Veränderungen ihre Spur bezeichnen, doch ist die Unterscheidung und Abgrenzung vielfach schwierig. Im Thalamus opticus hat Alzheimer[4]) bei Paralyse neben Degenerationsherden sowie secundären Degenerationen von Rindenherden aus als dritte Erkrankungsart ebenfalls eine adventitielle Infiltration mit Plasmazellen und Lymphocyten beobachtet. — Der Nachweis des chronisch-entzündlichen Processes im Rückenmark vervollständigt, so geringfügig die Veränderungen meist auch sind, doch die Kette

1) l. c.
2) l. c.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Beweise, dass das ganze Nervensystem bei Paralyse Sitz ein und desselben chronischen Entzündungsprocesses ist.

Weitere Untersuchungen müssen uns lehren, ob in der Mehrzahl der Fälle ein chronisch-entzündlicher Process im Rückenmark sich findet, ob er in der Regel sehr geringe Intensität zeigt oder welche Stärke er erreichen kann.

Alles das wird uns schliesslich zu der Frage führen: Von welchen Bedingungen diese je nach dem Sitze so verschiedene Stärke des chronisch-entzündlichen Processes bei der Paralyse abhängig ist.

Erklärung der Abbildungen (Tafel I, II und III).

Figur 1. Höckrige Gliawucherung der Hirnrinde (Paralyse). Schw. Vergr.

Figur 2. Dasselbe. St. Vergr.

Figur 3. Cystische Erweiterung der Piamaschen (Paralyse). Schw. Vergr.

Figur 4. Ependymitis. Entzündliche Infiltration des Plexus chorioides (Paralyse). Mittl. Vergr.

Figur 5. Plasmazellen im Plexus chorioides bei entzündlicher Infiltration desselben (Paralyse). Imm.

Figur 6. Piainfiltration mit Plasmazellen und Lymphocyten (Lues cerebro-spinalis). St. Vergr.

Figur 7. Gliazellen-Anhäufung an einem Rindengefäss. Pigment. (Lues cerebro-spinalis.). Imm.

Figur 8. Gummi in der Pia des Rückenmarks (Lues cerebro-spinalis). Immers.

Figur 9 und 10. Plasmazellen im gliösen Randsaum und im Rückenmark (Lues cerebro-spinalis). Imm.

Figur 11. Adventitielle Infiltration in den Hintersträngen (Paralyse). Mittl. Vergr.

Figur 12. Dasselbe. Plasmazellen. Imm.

Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

II.

Aus der neurologisch-psychiatrischen Universitätsklinik
in Graz.

Der psychische Infantilismus.

Eine klinisch-psychologische Studie.

Von

H. di Gaspero,
klinischem Assistenten.

(Hierzu 2 Abbildungen.)

Inhaltsübersicht: Vorbemerkungen, betreffend die Infantilismusliteratur, sammt Darstellung des morphologischen und klinischen Begriffes im Allgemeinen, sowie der Wechselbeziehungen zwischen körperlichem Infantilismus und psychischen Entwickelungsstörungen bezw. Abnormitäten. — Eigene Beobachtungen, psychisch-körperliche Zustandsuntersuchungen infantiler Individuen und kurze Zusammenfassung der wichtigsten Untersuchungsergebnisse. — Psychologisch-klinische Analyse psychischer Grundphänomene bei den herangezogenen Infantilen nach gegebenen Gesichtspunkten, zugleich diagnostische Uebersicht. — Schlussfolgerungen auf Berechtigung des Begriffes eines „psychischen Infantilismus", seine Umgrenzung und Eintheilung in zwei Formen, nämlich in die Form des echten psychischen Infantilismus als Persistenz eines kindlichen Seelenlebens und in die Form des kleindimensionalen psychischen Entwicklungsgrades. — Differential-diagnostische Abgrenzungen. — Stellung des psychischen Infantilismus als psychopathologische Einheit. — Specielle Untersuchungen auf dem Gebiete der Infantilismuspathologie: a) Die infantilen Erinnerungsfälschungen, b) Der infantile Verstimmungszustand. — Complicationen und Folgezustände des psychischen Infantilismus. — „Infantile Psychosen" mit Eigenbeobachtungen, Zusammenfassung und Epikrise. — Verlauf, Ausgänge des Infantilismus. Der secundäre infantile Schwachsinn. Lebensdauer infantiler Individuen. — Vorkommen. Partieller Infantilismus. — Wechselbeziehungen zwischen körper-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichem und psychischem Infantilismus. Bemerkungen bezüglich der Congruenz beider Zustände.

Es ist das Verdienst der französischen Forschung, den Begriff des Infantilismus geprägt und seine morphologische und kinische Bedeutung fixirt zu haben.

Schon 1836 hat Andral und bald nach ihm Hirtz auf die wichtigen Beziehungen zwischen tuberculös-erblicher Belastung und Verkümmerung des Gesammtorganismus hingewiesen. — Sowohl Andral als Hirtz sprachen in ihrer These hierbei von körperlich zurückgebliebenen und verkümmerten Einzelwesen, deren Entwicklungszustand dem Lebensalter keineswegs entspräche.

In voller Würdigung dieser Thatsachen beschrieben 1837 und 1843 Dancel (Acad. des sciences) und 1857 Baillarger (Acad. de médecine) geradezu excessive Fälle gänzlich rudimentär entwickelter Menschen.

Hierbei berichtet Dancel von einem 24jährigen Mädchen, dessen körperliche und geistige Entwicklung die eines 4—5jährigen Kindes war; das Mädchen, welches nur eine Höhe von 96 cm erreichte, hatte sich bis zum Alter von $3^1/_4$ Jahren der Norm entsprechend entwickelt, worauf die Entwicklung gänzlich stille stand, so dass dasselbe im 21. Lebensjahre noch ein vollständiges Kind von 94 cm Körperhöhe war, welch letztere von da ab nur noch 2 cm an Länge zunahm.

Baillarger stellte der Academie ein 27jähriges weibliches Individuum vor, welches bei einer Körperhöhe von 1 m den Entwicklungszustand eines 4jährigen Kindes mit vollständig persistentem Milchgebiss aufwies.

Der Ausdruck Infantilismus stammt von Lasègue, welcher darunter einen Zustand von Persistenz der physischen und psychischen Kindeskennzeichen bei Erwachsenen versteht.

Nach dem gegenwärtigen Stande der Forschung versteht die Mehrzahl der Autoren unter Infantilismus den Folgezustand einer durch abnorme vitale Bedingungen hervorgerufenen Entwicklungshemmung des Einzelwesens in einer frühen Lebensphase: dieser Folgezustand besteht hierbei in der pathologischen Persistenz der Kindescharaktere in einem Lebensalter, welches die physiologische Kindheit bereits überschritten hat.

Im Jahre 1871 construirte Lorain und dessen Schule den Begriff des dystrophischen (degenerativen) Infantilismus. Sowohl er als seine Schüler, darunter Faneau de la Cour würdigten hierbei eingehend sein ätiologisches und sein morphologisches Interesse.

Im Allgemeinen handelt es sich bei dem von ihm beschriebenen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Typus, kurz Typus Lorain (richtig Lasègue-Lorain) genannt, vorzugsweise um tuberculös belastete, kindlich geartete, kleindimensionale Individuen, die trotz des gehörigen Lebensalters ohne secundäre Geschlechtscharaktere verblieben. Es präsentiren sich demnach solche Infantile als relativ proportionirte, mit kindlichen Kennzeichen behaftete, schlank gestaltete, etwas eckig contourirte Miniaturmenschen, deren Verknöcherungsprocess in den Epiphysenfugen ohne Verzögerung perfect geworden ist.

Lorain definirt den Infantilismus als „débilité, gracilité et petitesse du corps, sorte d'arrêt de développement, qui porte plutôt sur la masse de l'individu que sur un appareil spécial".

Das Krankheitsbild Lorain's wurde erweitert und ausgebaut von Joffroy, Bourneville und Sollier, Féré, Richer, Brouardel, Potain, Durey-Compte, Gérard, Carré u. A., als in den Jahren 1895—1897 Brissaud und nach ihm Meige, Vivier, Thibierge, Combe u. A. morphologisch den thyreogen-myxödematösen Typ abtrennten und ihm eine Sonderstellung in der Infantilismuslehre verschafften. — Eine erschöpfende und umfassende Beschreibung dieses Typus — Myxinfantilismus oder Typ Brissaud genannt — verdanken wir hauptsächlich Meige. Nach ihm steht nur diesem Typ der Begriff des echten Infantilismus zu. — Hinsichtlich des von ihm gezeichneten morphologischen Symptomencomplexes sei in kurzen Zügen auf das myxödemähnliche Bild aufmerksam gemacht: blasses, gedunsenes Gesicht mit wulstigen Lippen, spärliche Haarentwicklung, trophische Hautstörungen, cylindrisch geformter Rumpf, kurze volle Beine, relativ grosser Kopf, vorgetriebenes Abdomen, persistentes Milchgebiss.

Meige lenkte die Aufmerksamkeit auf den echt kindlichen Habitus solcher Individuen hin, d. i. auf die Körperproportionen, wie sie nur dem Kinde eigen sind und betonte den vollständigen Mangel jeglicher Reifezeichen, darunter den Mangel aller secundären Geschlechtscharaktere inbegriffen und das Offenbleiben der Epiphysenfugen.

Neben klassischen Vertretern dieses Typus untersuchte und beschrieb Meige auch eine Reihe von Mischformen bezw. Uebergangsformen zum Typ Lorain. Seinen fruchtbringenden Anregungen folgten in dieser Frage die Arbeiten von Thibierge, Herthoghe, Bourneville, Hutenil, Ausset-Breton und Carré.

Während der Typ Lorain ätiologisch eine von der Schilddrüse unabhängige Form des Infantilismus vorstellt, ist der Typ Brissaud (resp. Brissaud-Meige) auf einer supponirten Insufficienz der Schilddrüsenfunction in den ersten Lebensjahren aufgebaut.

Eine Brücke zwischen diesen beiden Abarten des Infantilismus con-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

struirte 1899 Hertoghe und nach ihm Ausset-Breton 1901, indem diese Autoren beide Typen als ätiologische und im Principe auch morphologische Einheit darzustellen suchten.

Hertoghe's Anschauung geht dahin, dass jede Art von Infantilismus, sei es der dystrophische Typ Lorain, oder aber der Myxinfantilismus Brissaud in einer Hypothyreoidose bedingt sei, i. e. in einer congenitalen Schädigung der physiologischen Schilddrüsenfunction: Alle Formen seien nur Spielarten dieses seines Hypothyreoid-Infantilismus. Unter Anderem behauptet Hertoghe, dass es auch zwischen dem ausgesprochenen Myxinfantilismus und dem vollkommen normalen Zustande alle erdenkbaren Zwischenstufen gäbe, die er als „Hypothyreoidie bénigne" bezeichnet, und sucht hierbei sämmtliche, wie immer gearteten infantilen Symptomencomplexe auf Rechnung der Hypofunction der Schilddrüse zu bringen, unter Anderem auch Rhachitis und deren verwandte Zustände. Auch hinsichtlich des Wachsthumsstillstandes als Fundamentalphänomen des Infantilismus steht Hertoghe in einem grundsätzlichen Gegensatze zu Brissaud-Meige, indem er den Wachsthumsstillstand als streng zum Begriffe Infantilismus zugehörig nicht anerkennt. Die Anschauungen Hertoghe's blieben keineswegs vereinzelt.

Man hat z. B. den Versuch unternommen, eine Reihe anderweitiger Ernährungs- und Entwicklungsstörungen auf Rechnung einer mangelhaften Schilddrüsenfunction zu bringen. So bezieht Putnam fast alle Wachsthumsstörungen auf eine solche Unterfunction der Schilddrüse.

Heubner, O. Müller und Quincke meinten u. A., dass allen geistigen Entwickelungshemmungen solche Schilddrüsenstörungen zu Grunde liegen müssten.

Quincke beschrieb als „Athyreosis infantilis" eine Reihe von Fällen mit psychischen und somatischen Entwicklungshemmungen, die an den Kretinismus anklingen, von demselben aber durch die Skelettentwicklung sich unterscheiden.

Die Lehre Hertoghe's fand Gegner, welche die von ihm aufgestellte ätiologische und morphologische Identität der beiden Typen naturgemäss bestritten und auf deren Trennung bestanden. Eine streng kritische Bekämpfung der Theorien Hertoghe's führte Ferrannini 1900 bis 1904 durch und lieferte zugleich sehr werthvolle Beiträge über den „von der Schilddrüse unabhängigen Infantilismus" — ausgedrückt in dystrophischen Formen nach Lorain. Ferrannini kann das Verdienst beanspruchen, die Grenzen zwischen den beiden Haupttypen scharf gezogen und besonders die dystrophischen Formen klinisch und pathologisch markant umgrenzt zu haben. Der Typ Lorain ist nach ihm der

Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Folgezustand einer Entwicklungsverkümmerung, der Typ Brissaud der eines Entwicklungsstillstandes. Besonders die cardiodystrophischen Infantilismusformen fanden in ihm einen erstklassigen Interpreten: „Der Mitralinfantilismus“ und der „Pulmonalinfantilismus“. Speciell vom Mitralstenosen-Infantilismus lieferte er eine klassische Beschreibung (1899 und 1900) sowie Epikrise und gab hierdurch Anlass für eine Anzahl bemerkenswerther Beiträge, so von Gilbert und Rathery, Merklen, Gerard u. A. in dieser Frage. Den Thatsachen Rechnung tragend referire ich unter Einem, dass gleichzeitig mit den Errungenschaften Ferrannini's auf dem Gebiete des Mitralinfantilismus Carré 1900 seine Studien über die Pathogenese des Pulmonalinfantilismus veröffentlichte mit Berücksichtigung und Heranziehung der von Durey-Compte, Potain, Monnier u. A. geleisteten Vorarbeiten.

Die letzte umfassende Durchforschung der gesammten Infantilismuslehre stammt 1905 von Sante de Sanctis. Wenn dieser Autor auch hinsichtlich der körperlichen Infantilismusphänomene nicht wesentlich Neues schuf, verdanken wir ihm doch eine sorgfältige Sichtung des ganzen Forschungsmateriales. In seiner nosographischen und klinischen Studie vertheidigt er die strenge Abgrenzung beider Haupttypen und kennzeichnet u. A. kritisch die Dignität der anangioplastischen Formen des Lorain'schen Typus. Diese letzteren Formen sind bedingt durch eine angeborene Gefässhypoplasie, d. i. Unterentwicklung bezw. abnorme Enge des Arteriensystemes, deren schwerwiegender Einfluss auf die Entwicklung des Gesamtorganismus und auf die Entfaltung der physiologischen Energien schon Rokitansky (1846) und später Virchow wohl bekannt war. Die in der Gefolgschaft der Gefässhypoplasie auftretende constitutionelle Chlorose (Chloro-Anämie), die Disposition zur Tuberculose, die Entwicklungsdürftigkeit und Genitalverkümmerung etc. wurde in letzter Linie dem herrschenden Mangel an Ernährungsflüssigkeit zugeschrieben und der Infantilismus auf diese constitutionellen Dystrophien aufgebaut. Allerdings ist hierbei die Gefässhypoplasie nicht als die eigentliche primäre Ursache anzusprechen, sondern vielmehr als Theilerscheinung der Gesammtentwicklung und ist in letzter Linie nur der Ausdruck hereditär ausgelöster fötal-pathologischer Vorgänge. Als solche Heredoeinflüsse wird an erster Stelle die Tuberculose, die Lues und der chronische Alkoholismus der Eltern genannt. Diese anangioplastisch-dystrophischen Formen waren es schliesslich, die seiner Zeit Andral-Hirtz, Lasègue, Lorain, Faneau de la Cour u. s. w. als Substrat für deren grundlegenden Beobachtungen und Schlussfolgerungen dienten.

Anangioplasie liegt zum grössten Theile auch den Infantilismus-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fällen bei Heredo-Lues zu Grunde, wie sie uns Fournier, Tissier, Lewin, Schwimmer, Barlow, Hermanides u. A. mitgetheilt haben und die sicher dem Typ Lorain angehörten.

Die übrigen in der Literatur aufgezeichneten Infantilismusgattungen halten einen Werth nur durch die ätiologischen Momente, auf die sie sich beziehen lassen; sie sollen hier nur cursorisch skizzirt werden.

Agostini und nach ihm Lombroso beschrieben Fälle von Pellagra-Infantilismus, nämlich Brissaud Typen bei den Nachkommen Pellagröser (Heredo-Pellagra). Hinsichtlich ihrer Pathogenese wurde diesen Fällen eine fötale Schilddrüsenschädigung durch das Pellagragift supponirt. Ihnen schliesst sich Ceni an. Byrom-Bramwell sprechen von einem Pancreasinfantilismus durch congenitale Pancreasschädigung, Morlat von einem Suprarenal-Infantilismus durch Nebenniereninsufficienz hervorgerufen.

Wichtiger ist der Malaria-Infantilismus (Typ Lorain) bei der Bevölkerung von Malariagegenden, entstanden durch in früher Kindheit erworbene Malariainfectionen und consecutive Malariakachexie (Ferrannini, Lancereaux). Entgegen der Ansicht Lancereaux', dass der Malaria-Infantilismus ursächlich durch Schilddrüsenveränderungen erzeugt sei, sucht Ferranini diese Form (= Lorain-Typus) analog den hereditär-luetischen und tuberculösen Formen durch die allgemein schwächenden Einflüsse der chronischen Malariainfection zu erklären.

Um vieles höher und schwerwiegender sind in der Aetiologie des Infantilismus jene allgemeinen Momente zu veranschlagen, die als tagtägliche Vorkommnisse Gegenstand der socialen Hygiene sind. Hier sind zu nennen: Trunksucht der Eltern; allzugrosse Jugendlichkeit der Mutter oder Senilität der Eltern bei der Zeugung; zu häufige und rasch nacheinanderfolgende Schwangerschaften der Mütter, zumal bei Arbeitsanstrengung und Ernährungsdürftigkeit; Frühgeburt; Alkoholmissbrauch im zarten Kindesalter; frühzeitige körperliche Traumen; unhygienische und dürftige Existenzverhältnisse. Der Infantilismus ist dann nur der Ausdruck allgemeiner erschöpfender oder ungenügender vitaler Bedingungen.

Auf Grundlage des gegenwärtigen Standes der Infantilismuslehre kann nachstehende auf praktischer Basis aufgebaute Classification des Infantilismus aufgestellt werden:

I. Myxinfantilismus = Typ Brissaud-Meige, i. e. der Schilddrüsen-Infantilismus.

II. Dystrophischer Infantilismus = Typ Lasègue-Lorain, d. i. der von der Schilddrüse unabhängige Infantilismus.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unterabtheilungen des letzteren sind:

A. Congenitale Formen: auf endogenen Ursachen beruhend, nämlich:

1. Die Hereditätsmomente (heredo-luetische, tuberculöse, alkoholische Einflüsse ohne typische cardiovasculäre Entwickelungshemmungen).
2. Die Frühgeburt und anderweitige Generationsmissverhältnisse (allzugrosse Jugendlichkeit der Mutter, Senilität der Eltern etc.).
3. Die eigentlichen cardiovasculären Entwickelungshemmungen (anangioplastische und cardiodystrophische Formen).
4. Der Status thymico-lymphaticus (?).

B. Erworbene Formen: auf exogenen Schädigungen in der ersten Lebensperiode beruhend, nämlich:

5. Dürftigkeits-Infantilismus.
6. Frühzeitige Stoffwechselkrankheiten ohne ausgesprochene Gefässhypoplasie.
7. Frühzeitige Infectionskrankheiten und Intoxicationen (Alkohol, Tuberculose, Malaria etc.).
8. Traumatische Noxen.

Der Uebersicht halber mögen die beiden Haupttypen des Infantilismus morphologisch-klinisch mit ihrem vollentwickelten Krankheitsbilde einander gegenüber gestellt werden:

I. Typ Brissaud: Volle, mehr gedunsene Formen, kleine Statur, breites, fahl-blasses Gesicht, echt kindliche Züge, stumpfe Nase, wulstige Lippen, ödematöse Augenlider, grosser Kopf, kurzer Hals (gewöhnlich dick), Milchgebiss, hohe Stimme, kurzer cylindrischer Rumpf, vorgetriebenes Abdomen, kurze mehr voluminöse Extremitäten, kindliches Becken, verstärkte Lendenlordose. Rudimentäre Sexualorgane (Genitalaplasie), Fehlen aller secundärer Geschlechtscharaktere, offene Epiphysenfugen. Körperproportionen eines Kindes.

II. Typ Lorain: Kleine Statur, zarter, schlanker Körperbau, sehr graziles Skelett, zarte (blasse) Haut, eckige Formen, überlange, schlanke Beine, schmaler Thorax, kindliches Brustbein, kindliche Beckenform, normal verknöcherte (bzw. in Verknöcherung begriffene) Epiphysenfugen, gut ausgeprägte, unreife Gesichtszüge, hohe Stimme, langer Hals, vollendeter Zahnwechsel (wenn auch verspätet). Genitalverkümmerung (Uterus infantilis), dürftige oder fehlende secundäre Geschlechtskennzeichen mit Menstruationsanomalien. Kleindimensionale Körpermaasse (Miniaturmensch). Relativ erhaltene Harmonie der Einzelmaasse.

Vermöge der Persistenz von Kindescharakteren und vermöge ihrer

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kleinen Statur stellen die Infantilen nach Lorain unreife und verkümmerte Einzelwesen in einer Altersperiode vor, in der sie der Zahl der Lebensjahre nach bereits den körperlich vollreifen Menschen zugerechnet werden müssten.

Die Infantilen nach Brissaud imponiren als echte Kinder mit myxödematösem Gepräge, trotzdem sie schon über die Pubertätsjahre hinaus sein können.

Beiden Typen gemeinsam ist das Ausbleiben der Geschlechtsfunction bzw. die Verkümmerung derselben.

In der Gegenwart wird der Ausdruck Infantilismus für beide Typen promiscue gebraucht und wird darunter, wie schon Eingangs erwähnt, der Folgezustand einer durch abnorme vitale Bedingungen hervorgerufenen Entwickelungshemmung (Entwickelungsstillstand bzw. Verkümmerung) des Einzelwesens in einer früheren Lebensphase verstanden. Bei der Analyse der Fundamentalerscheinungen dieses Folgezustandes setzt die alte Definition Lasègue's mit ihrem ganzen Werte ein: Persistenz der physischen und psychischen Kennzeichen und Eigenschaften der Kindheit.

Die dem Infantilismus ähnlichen oder verwandten Zustände sollen hier nicht in Betracht gezogen werden: d. i. der Nanismus achondroplasticus (Parrot-Marie, Apert, Leblanc, Hermann, Cestan-Regnault) der Mongolismus infantilis und der mongoloide Infantilismus (Kassowitz, Bourneville, Oliver, Garrod, Neumann, Sutherland, Vogt, Siegert u. A.), der Eunuchismus, das Geroderma genitodystrophicum (Rummo-Ferrannini, Greco), der rhachitische Zwergwuchs etc.

Es unterliegt keinem Zweifel mehr, dass zwischen dem wahren infantilen Myxödem (Ord 1877) und dem Myxinfantilismus eine enge innere Verwandtschaft besteht. Ja es kann der Myxinfantilismus füglich als eine milde (fruste) und eigenartig gekennzeichnete Erscheinungsform des spontanen infantilen Myxödems angesprochen werden.

Bei Gegenüberstellung der Symptomencomplexe des echten Myxödems und des Myxinfantilismus ist eine andere Deutung wohl nicht möglich. Gewiss aber ist die Annahme gerechtfertigt, dass die Anfänge des Myxödems in die ersten Lebensjahre bzw. in das Säuglingsalter, die Entstehungszeit des Myxinfantilismus in die reifere Kindheit oder selbst in das Zwischenalter resp. die Vorpubertätsperiode zu verlegen sind.

Bei dem completten frühzeitigen Myxödem (= der Myxidiotie Bournevilles 1880) sind neben dem Zwergwuchs und der weitgehenden psychischen Stumpfheit mehrere Erscheinungen noch zu constatiren, die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Myxinfantilismus im Grunde genommen fremd sind. Ich erwähne kurz: Offenbleiben der grossen Fontanelle, sehr spärlicher Kopfhaarwuchs, Makroglossie, schwerfälliger Gang, Muskelschwäche, verkrümmte Gliedmaassen, Wirbelsäulendeformation, fehlendes Sprachvermögen, Rauheit der Stimme, niedrige Körpertemperatur, echte Pachydermie, niedriger Blutdruck, aplastische Schilddrüse, mangelhafte erste Dentition, Blutanomalien, Mangel eines Musculaturreliefs, Onychodystrophie etc.

Wie schon oben erwähnt, wurden von Meige, Vivier, Thibierge, Hertoghe, Dupré-Pagniez, Agostini, Carré u. s. w. Uebergangsformen oder richtiger Mischformen zwischen den beiden Typen beschrieben. Naturgemäss sind nicht nur derlei Mischformen, sondern auch partielle Spielarten innerhalb des einen oder des anderen Haupttypus mit fliessenden Uebergängen ins normalphysiologische Gebiet zu erwarten. Als partielle oder besser ausgedrückt incomplette Formen sind im Allgemeinen alle jenen aufzufassen, bei denen nur das eine oder das andere Grundphänomen ausgiebig ausgestaltet ist, während die übrigen symptomatisch in den Hintergrund gedrängt sind. Derartige Fälle gelangten u. A. von Jeandelize und S. de Sanctis innerhalb des Typ Brissaud zur Beobachtung und Aufstellung.

Im Gegensatze zu solchen partiell Infantilen lässt sich bei einer grossen Reihe von Individuen eine Anlage aller charakteristischen Infantilismussymptome nachweisen; der Entwicklungsgrad derselben ist jedoch ein derartig geringer und wenig marcanter, dass nur von einem rudimentären Infantilismus bei diesen Individuen gesprochen werden kann.

Meines Dafürhaltens ist für den Begriff des incompletten Infantilismus die Geschlechtshemmung und das Ausbleiben (bzw. Verkümmerung) der secundären Geschlechtscharaktere wenigstens bis zu einem gewissen Grade unerlässlich, wohingegen die Wachsthumsstörung nicht als unumgänglich zugehörig anzusehen ist.

Ein Moment wäre noch kurz zu erörtern: Entgegen der Ansicht, dass der Infantilismus eine Krankheitsart oder Abnormität des Adolescenten- und Pubertätsalters sei, ist der Satz aufgestellt worden: Jede Altersperiode hat ihren eigenen Infantilismus (Sanctis, Ausset). Diesem Satze gebührt volles Recht, denn auch die Kindheit und Vorpubertätszeit hat ihren Infantilismus, selbstverständlich relativ auf den für das jeweilige Lebensalter gewissermaassen erforderlichen natürlichen Entwickelungsgrad bezogen, und ich will gleich hinzufügen: physischen und psychischen.

Entspricht die gesammte Architektonik des Menschen, sein physisches und psychisches Relief nicht den physiologisch vorgeschriebenen

Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Durchschnittsmaassen, so ist der Thatbestand des Infantilismus bereits gegeben.

Es ist eine klinisch wohlbekannte Thatsache, dass die angeborenen psychischen Defectzustände, die Pubertätspsychosen und die juvenilen Verblödungsprocesse sensu strictiori mit Entwickelungshemmungen des Gesammtorganismus vergesellschaftet sind. Es wäre hier die Frage aufzuwerfen, inwieweit eine a priori gehemmte vitale Entwickelungsenergie des Gesammtorganismus auch eine minderwerthige Anlage und Function des Gehirnes bedingen und zum erleichterten Ausbruch von Krankheiten Anlass bieten kann.

Man wird wohl richtiger gehen, den früheren Satz so zu formuliren, dass die Entwicklungshemmungen mit psychischen Defectzuständen und Psychopathien aller Art sich vergesellschaften können, bedingt eben durch eine supponirte minderwerthige Gehirnanlage und ausgelöst durch die im physiologischen Entwickelungsgang enthaltenen Reizvorgänge.

Es bedarf keiner ausdrücklichen Erwähnung, dass sich diese körperlichen Entwickelungshemmungen in der Regel als Infantilismus — completter oder partieller — präsentiren und als solche rechtfertigen lassen. Man bezeichnete früher alle körperlich zurückgebliebenen Menschen, die keinen dem Alter entsprechenden geistigen Besitzstand aufwiesen, als schwachsinnig oder direct als idiotisch. Allerdings galten diese „enfants arrières", die zum grossen Theil Insassen von Heil- und Pflegeanstalten waren, als bildungsfähig und wurden als glänzende Resultate psychiatrisch-pädagogischen Einflusses hingestellt.

Dass man in diesem Punkte entschieden zu weit gegangen ist, geben einige ältere einsichtige Psychiater unumwunden zu und versuchten ihrerseits die zweifellosen Abnormitäten solcher körperlich verkümmerten Menschen auf intellectueller und ethisch-affectiver Sphäre von der Imbecillität abzugrenzen.

Legrand du Saulle reiht sie alle wegen ihrer intellectuellen und ethischen Defecte noch vor Decennien in die Klasse der degenerirten Schwachsinnigen ein und meint, dass alle Infantilen (denn um solche handelt es sich hierbei) sich der vollen Strenge der Strafgesetze entziehen. Bei allen diesen Individuen war die Pubertät entweder gar nicht oder sehr verzögert eingetreten.

Emminghaus erblickt in der Verzögerung der körperlichen Entwickelung eine principielle Prädisposition zu Psychosen, ohne dass schwerere Gelegenheitsursachen dem Ausbruche vorherzugehen brauchen. Er fasst die auftretenden psychischen Störungen, auch wenn die physiologische Kindheit längst überschritten war, noch immer als Krank-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heitsbilder eines constitutionellen Irreseins in der Kindheit auf und war bereits bestrebt, die psychische Physiognomie infantil gebliebener Menschen zu durchforschen. Er sprach hierbei von bestimmten Eigenschaften, Neigungen, Trieben und Fähigkeiten, wie sie sonst nur dem Kinde eigen sind, und erwähnte ausdrücklich, dass solche Leute sich strenge vom Durchschnittstypus abheben, psychisch schwerer assimiliren als Vollwerthige, leicht aus dem Gleichgewicht kommen und im Anschlusse daran in acute Psychosen verfallen können. Im Gefolge des Infantilismus sei besonders die psychische „Hyperalgie" vorherrschend, nämlich die Neigung zu traurigen und schmerzlichen Verstimmungen, die Verschüchterung und der leichte Ausbruch von Verlegenheit.

Moreau spricht sich in ähnlicher Weise aus. Er hat die Tendenz, eine infantile Psyche von der imbecillen abzutrennen, betont die leichte Inducirbarkeit, den Nachahmungstrieb, das häufige Zwangs- und Skrupelleben, die Haltlosigkeit und das rudimentäre Sexualleben der Infantilen.

Moreau bezeichnet dieselben direct als unreife Erwachsene, die sich in einem Alter befänden, wo sie sonst bereits geklärt sein sollten. Nebstbei erwähnt er ihr gutes Gedächtnis und ihre Auffassungskraft.

Von den Franzosen hat, wie bekannt, schon Lasègue auf die Persistenz psychischer Attribute bei seinen Infantilen hingewiesen. Bei der ganzen nachfolgenden Infantilismusforschung war die psychische Componente niemals vernachlässigt worden. Allerdings sprach man hierbei vielfach nur in Allgemeinsätzen von Gewohnheiten, wie sie Kindern eigen seien, von kindlicher Verzagtheit und Neugierde, merkwürdigen und unüberlegten Einfällen (Carré, Gilbert, Rathery u. A.). Brissaud und Meige sprachen diese kindliche Individualität nur den myxödematösen Form zu, hoben ihre kindliche Intelligenz, ihre Flüchtigkeit, Kleinmüthigkeit, kindliche Zärtlichkeit und ihren raschen Stimmungswechsel hervor, während sie bei den dystrophischen Formen eine ziemlich normale Intelligenz wollten beobachtet haben.

Gilbert und Rathery stellten die Durchschnittsleistungen derselben unter das normale Niveau, schrieben ihnen eine „unstreitbare Kindlichkeit und kindliche Individualität" mit kindlicher Albernheit und Naivität zu.

Ferrannini gab in seinen Ausführungen den psychischen Parallelerscheinungen des dystrophischen Infantilismus gebührend Ausdruck, und zählt uns seine diesbezüglichen Beobachtungen auf: Eigensinn, Furcht, Schüchternheit; Neugierde, plötzliches Erröthen, Neigungen und Geberden der Kinder, Hang zu Allotria, fehlende Geschlechtsneigungen, fehlendes Schamgefühl; ferner müssige Verzagtheit im ansonst thätigen Alter und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kindliches Denkvermögen. Im Gegensatze hierzu imputirt Ferrannini den Myxinfantilen eine verlangsamte und abgestumpfte Intelligenz.

Es wurden allerdings auch Stimmen laut, die bei Complett-Infantilen (Myxinfantilen) eine intacte Intelligenz constatiren konnten (Brissaud, Thiry etc.); doch sind derlei Publicationen vereinzelt geblieben.

Das Verdienst, die psychische Entwickelungshemmung Infantiler in ihrer Grösse vollauf gewürdigt zu haben, gebührt als Erstem wohl S. de Sanctis. Von ihm stammt auch die erste klassische Beschreibung der psychischen Symptomatik bei Infantilen.

Die Entwickelungshemmung der Intelligenz und des Charakters ist nach ihm eine den körperlichen Fundamentalphänomenen gleichwerthige Grösse. Hierbei löst er den psychischen Infantilismus — oder wie er ihn nennt: Mentalità infantile oder puerilismo mentale — von der Idiotie, der echten Imbecillität und Hebephrenie als eine selbstständige psychiatrische Erscheinungsform los.

Die Psychoinfantilen beschreibt er im Allgemeinen folgendermaassen:

„Manchmal torpid, manchmal sehr lebhaft, launenhaft, gewöhnlich correctes Benehmen, manchmal auch sogar impulsiv und affectiv und ohne Gleichmässigkeit in der Aufführung, gutes Auffassungsvermögen, normales Gedächtniss, flüchtige nicht anhaltende Aufmerksamkeit; spielen ausserordentlich gerne, sind eitel, furchtsam, sehr schüchtern, leichtgläubig, zeigen erhöhten Nachahmungstrieb, sammeln gerne und haben eine ausgesprochene kindliche Logik."

Weitere psychoinfantile Züge sind nach Sanctis: die Gutartigkeit der Gemüthsanlage, die Sucht nach Vergnügen, der rasche Stimmungswechsel zwischen Lachen und Weinen.

S. de Sanctis stellt neben den beiden Fundamentalphänomenen des Infantilismus: gehemmtes (verzögertes) Körperwachsthum, Entwickelungshemmung der Genitalorgane und deren Function noch als drittes auf: die Entwickelungshemmung in Intelligenz und Charakter, d. i. den Psychoinfantilismus, und motivirt eingehend die Wichtigkeit dieses letzteren. Unter Anderem ist ihm das Vorkommen psychoinfantiler Züge bei körperlich perfect Entwickelten und die häufige Vergesellschaftung eines typischen Psychoinfantilismus mit körperlich partiellen (incompletten) Infantilismusformen wohlbekannt, wie er denn auch eine normale Psyche und alle Uebergänge von der normalen zur Idiopsyche im infantilen Gesammtorganismus vorfinden konnte.

Schon seit Decennien empfand die deutsche und die französische Schule die Nothwendigkeit, ein Bindeglied zwischen den geistig gesunden, vollwerthigen und den offenkundig schwachsinnigen Menschen zu suchen.

Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Sie setzten als Bindeglied den minderwerthigen, geistig beschränkten und kindlich verbliebenen Menschen und zählten ihn noch in die physiologische Breite. Weygandt setzt als leichteste Zwischenstufe zwischen den imbecillen und den normal veranlagten Kindern die sogenannten „leicht abnormen Kinder“ und berücksichtigt hierbei die ungemein häufige Coindicenz mit körperlichen Entwickelungsstörungen nach dem Typ Lorain.

Wie Weygandt meint, liegt bei ihnen ein „Grundzug der Minderwerthigkeit in der Ungleichmässigkeit der psychischen Activität“.

Nicht unerwähnt möge die Thatsache bleiben, dass gegen 20 pCt. jener Kranken, die während oder mit Schluss der Pubertätszeit einer juvenilen chronischen Hirnerkrankung mit Ausgang in einen terminalen geistigen Schwächezustand verfallen, einen mehr oder weniger infantilen körperlichen Entwicklungsgrad aufweisen, und dass sich in derselben Procenthöhe die Zahl der an juvenilen functionellen Neurosen erkrankten und hierbei infantil verbliebenen Menschen hält.

Die hierorts an einer Reihe von Infantilen geflogenen Untersuchungen — sowohl an completten als incompletten Formen beider Haupttypen — haben Thatsachen über ihr psychisches Leben zu Tage gefördert, welche eine systematische klinische Zusammenstellung erheischen. Ganz besonders konnte bei allen eine markante Disharmonie zwischen Lebensalter und den zugehörigen psychischen Lebenswerthen gekennzeichnet werden und schon jetzt kann ausgesagt werden, dass hierbei psychiatrisch eine eigenartige, noch dem physiologischen Gebiete zu stehende Grösse aufgedeckt werden konnte.

Klinisches Krankenmaterial.

Fall I.

Anna St., 21 Jahre alt, aus Steiermark, ehelich geboren, ledig, häuslich beschäftigt. Die Patientin wird via gynäkologisches Ambulatorium der Nervenklinik zugewiesen.

Anamnese: Die Mutter der Patientin gilt als eine beschränkte Frau, der Vater ist ein armer Tagelöhner, kein Potator; auch er wird als beschränkt geschildert.

Patientin selbst ist das älteste von vier Geschwistern, die sämmtlich körperlich und geistig in der Entwicklung zurückgeblieben sind. Die Familie lebte stets in äusserst dürftigen Verhältnissen und hatte vielfach mit Noth und Entbehrung zu kämpfen; der Lebensunterhalt wurde aus denkbarst geringen Mitteln bestritten. Die Geburt der Patientin erfolgte rechtzeitig und leicht. Sie entwickelte sich in den ersten Lebensjahren normal, lernte zur rechten Zeit gehen und sprechen; vom 5. Lebensjahre an blieb sie in der Entwicklung auf-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fallend zurück, war von dieser Zeit ab anämisch und litt vielfach an Kinderkrankheiten; insbesondere werden häufige Darmstörungen, Katarrhe der Luftwege und fieberhafte Exantheme gemeldet.

Vom 7. bis 12. Lebensjahre besuchte sie die Schule und absolvirte vier Volkschulklassen und eine Bürgerschulklasse mit recht gutem Erfolge. Während dieser Jahre waren die Lebensbedingungen dank wohlthätiger Einflüsse bessere als vor dem.

Sie wird als ein mittelbegabtes, fleissiges, gutmüthiges, doch sehr naives Kind geschildert. Trotzdem sie gern weiter gelernt hätte, musste sie die Bürgerschule aufgeben und den Eltern den Lebensunterhalt bestreiten helfen; sie kam anfangs zu einer Schneiderin in die Lehre, wurde hier schlecht gehalten und als Schickmädchen überanstrengt. Seit dieser Zeit blieb sie in der Entwicklung vollständig stehen, wuchs nicht mehr, entwickelte auch ihre Körperformen nicht. Zu dieser Zeit (13. Lebensjahr) sollen nervöse Anfälle nach Art von choreatischen Zuckungen, Grimassiren und coordinirtem Herumschlagen aufgetreten sein.

Sie verdingte sich vom 15. Lebensjahre als Dienstmädchen, wurde aber auf keinem Posten längere Zeit behalten und lebte in letzterer Zeit durch Wohlthätigkeit.

Da Patientin bis zum 20. Lebensjahre noch nicht menstruirt war, begab sie sich auf den Rath einiger Wohlthäterinnen hin auf die gynäkologische Klinik, bekam dortselbst bei der Untersuchung hysteriforme Zustände und wurde aus diesem Grunde der Nervenklinik übergeben (November 1903).

Niemals intensiverer Schreck oder Körpertrauma; niemals Alkoholmissbrauch.

Status somaticus: In der gesammten Entwicklung deutlich zurückgeblieben, anämisch; macht den Eindruck eines 12jährigen Kindes. Körperlänge 135 cm. Körpergewicht 40 kg. Gesichtszüge ganz kindlich. Sehr graciler Knochenbau. Rumpf cylindrisch geformt. Thorax schmal. Becken zeigt kindlichen Typus: oblonge Form, spitzen Schambogen, mangelhafte Querspannung, trichterförmigen Beckengang; Hüften sehr schmal; Kreuzbein schmal gestreckt (sogenanntes infantilesBecken). Cranium brachycephal, Kopfumfang (incl. Haarwuchs) 53 cm. Anteropostero-Durchmesser 14 cm. Grösster biparietaler Querdurchmesser 13 cm.

Die Röntgenoskopie ergiebt Erhaltensein sämmtlicher Epiphysenfugen an den Röhrenknochen. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind blass; nirgends Narben. Ueber der oberen Thoraxgegend besteht ein deutliches Hervortretendes Venennetzes. Ueber dem Manubrium sterni eine zungenförmige undeutliche Dämpfung (Thymus?).

Die secundären Geschlechtscharaktere sind ganz rudimentär. Schamhaare spärlich, Achselhaare fehlen. Mammae völlig unentwickelt, Knospe (Areolomamma — Stratz). Stimme hoch, dünn, kindlich. Eine Rundung der Hüften fehlt. Genitalbefund: hochgradige Aplasia uteri et genitalis externi (Uterus infantilis). Menses noch niemals vorhanden. Abdomen vorgetrieben.

Das Arteriensystem ist unentwickelt, die Carotiden und die peripheren

Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Arterien des übrigen Körpers fühlen sich dünn und eng an. Am Herzen weder ein pulmonaler, noch ein mitraler Fehler zu constatiren. Lungen rein, allenthalben aber scharfes, vesiculäres Athmen. Kein Sputum. Keine Symptome einer Phthisis incipiens. Schilddrüse normal. Das Gebiss ist defect, die Zahnparabel deformirt. Patientin vermag nicht anzugeben, mit welchem Jahre der Zahnwechsel vollendet war. Es ist aber anzunehmen, dass die letzten Ersatzzähne erst mehrere Jahre nach vollendeter Schulzeit (13. Jahr) zum Durchbruch gelangten. Pupillen gut reagirend. Augenhintergrund normal. Geruchsvermögen, Geschmacksvermögen und Gehör intact. Rechts Andeutung von Hemialgie.

Sämmtliche Sehnen- und Hautreflexe auslösbar. Keine Coordinationsstörungen; kein Muskelzittern.

Cutane Sensibilität für alle Sinnesqualitäten intact. Im Harne keine pathologischen Bestandtheile. Vasomotorische Phänomene: Hitzgefühl, Auftreten rother Flecken im Gesichte, Herzpalpitationen. Dermographie.

Status psychicus. Adspectus und Spontangebahren: Bei der Aufnahme verschüchtert, macht einen kleinmüthigen, verzagten Eindruck. Wagt anfänglich nicht, aus sich herauszutreten und sich bemerkbar zu machen. Sitzt am Bettende, vor sich hinblickend oder scheu herumschauend.

Zeigt vor der Wärterin und vor den Mitpatientinnen grossen Respect, ist sehr folgsam und fügt sich allen Anordnungen auf das pünktlichste.

Die Stimmungslage ist — soweit objectiv zu beurtheilen — eine verzagte, furchtsame. Bricht manchmal ohne Veranlassung in Thränen aus.

Patientin befleissigt sich einer ausserordentlichen Nettigkeit, hält auf Reinlichkeit und Sorgfältigkeit in der Kleidung. Nachts liegt sie zusammengekauert im Bette.

Bei der Visite angesprochen, zuckt sie zusammen, erröthet, wagt nicht aufzuschauen, antwortet mit furchtsamer Stimme. Nestelt hierbei an ihren Kleidern umher. Sie erweist sich als örtlich und zeitlich gut orientirt, vermag ihre Personalien richtig anzugeben, ist zu einer Beurtheilung ihrer Situation gut befähigt.

Sie kommt auf die Frage, warum sie im Krankenhause sei, auf ihre „Krankheit“ zu sprechen, erzählt von Anfällen und von Verzagtheit wegen derselben. Aufgefordert, ihre wichtigsten Erlebnisse aus dem Leben zu erzählen, giebt sie an, es sei ihr in der Schule gut gegangen; damals sei es sehr lustig gewesen, jetzt sei es nimmer so; sie habe in der Lehre viel herumlaufen müssen (Thränen!) und davon ihre Anfälle bekommen.

Als heitere Erlebnisse erwähnt sie die Spiele mit ihren Jugendgenossinnen und den Schabernak, den sie in der Schule gespielt; als trauriges Erlebniss bezeichnet sie die Erkrankung ihres Vaters („Kopftyphus“). Sie könnte sehr lustig sein und lachen, sie werde aber durch ihre Zustände (Aufsteigen von Hitzegefühl und Furcht) davon abgehalten.

Stets habe sie grosse Freude empfunden, so oft sie einen Gulden bekam, sie habe sich immer schöne Sachen damit kaufen wollen, jedoch das Geld abliefern müssen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

So wie sie gesund sei, wolle sie wieder sehr lustig sein und sich eine gute Freundin suchen, um mit dieser Spiele treiben zu können.

Nach circa einwöchentlichem Aufenthalt in der Anstalt wird Patientin zutraulicher, ist nicht mehr so verschüchtert und kleinmüthig, lacht heimlich, schliesst sich an eine jugendliche (13jährige) Kranke enger an, beginnt mit ihr Meinungsaustausch zu pflegen. Auch beim Examen weniger ängstlich und eingeschüchtert.

Es lässt sich folgender Umfang des intellectuellen Besitzstandes feststellen:

Allgemeine Schulkenntnisse gut; Rechnen gut, Rechtschreiben desgl.; Geld und Geldeswerth wird richtig erkannt, über Gewichts-, Längen-, Raum- und Zeitmaasse bestehen richtige Kenntnisse.

Gedächtniss für ältere Eindrücke und Merkfähigkeit für frischere Eindrücke gut erhalten mit etwas mangelhaftem Registrirvermögen.

Nacherzählen gelingt gut mit richtigem Erfassen des Kernes der Erzählung, jedoch mit eigenen Zuthaten.

Einfache Räthsel werden gut gelöst.

Sonstige Combinationsfähigkeit gut erhalten (Methode nach Ebbinghaus).

Die Begriffe von kleinen Dimensionen und Zahlen sind richtige; bei verhältnissmässig grossen Zahlen tritt eine deutliche Ueberschätzung auf; z. B. von 1000 hat sie einen ganz eigenartigen Begriff, sie spricht von 1000 als einer sehr grossen Zahl; z. B. „diese Zahl werde ich in meinem ganzen Leben nie brauchen“ — „das haben nur sehr reiche Leute“ — „diese Zahl kommt nicht oft vor“.

Aehnliches tritt beim Abschätzen einer grösseren Menge gleichartiger Gegenstände auf, z. B. „der Christbaum hat viele hundert Lichter“, ein Haus hat viele „hundert“ Fenster. Von einer Million hat sie gar keine Vorstellung; sie wisse nur, dass es Millionenstädte gäbe. Eine Million könne sie sich „gar nicht denken“.

Als höchsten Berg bezeichnet sie den Montblanc, der sei „himmelhoch“.

Beschreibungen von Gegenständen geschieht nach Kindesart primitiv, z. B. Beschreibung des Schlossberges in Graz: „Hat viele Bäume — man kann überall hinaufgehen — er ist sehr hoch — oben ist ein grosser Thurm — ich war noch niemals droben, das ist nur für grosse Leute“ etc.

Urtheile: desgleichen primitiv, kindlich.

Z. B. wozu Polizei? „Wenn man schlimm ist“.

Wozu Taufe? „Für die kleinen Kinder, damit sie in den Himmel kommen“.

Wozu Lehrer? „Zum Lehren und Bestrafen schlimmer Kinder.“

Was für Menschenpflichten? „Eltern folgen, im Haus mithelfen, auf die Geschwister aufpassen, sich Gesicht und Hände reinhalten, nicht zerrissen umhergehen“.

Was für Absichten für die Zukunft? „Fleissig sein, in Dienst gehen“.

Wie viel angestrebter Lohn? „3—4 fl.“

Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Menschenfreuden? „Märchen, Bilderbücher, Ballspiel, Singen, Tanzen".

Wovor Furcht? „Vor Tod und Gespenstern".

Die Ausdrucksweise ist eine kindliche, sie erzählt das Alles, selbst harmlose Dinge, mit einem gewissen „Sprechergewichte".

Patientin hat keinerlei sexuelle Vorstellungen und Empfindungen.

Ganz besonders auffällig ist bei ihr die Unselbstständigkeit des Urtheiles, der Meinung und des Gemüthszustandes.

Sie nimmt Behauptungen ihrer Nachbarinnen gläubig hin, lässt sich durch Heiterkeitsausbrüche derselben ebenfalls zu solchen hinreissen, beginnt mit ihnen zu weinen und sich zu ängstigen. Manchmal wurde Patientin mit Thränen angetroffen, wobei sie als einziges Motiv hierfür angiebt, ihre Freundin im Bette nebenan habe auch geweint.

Neben dieser Unselbstständigkeit ist auch eine Ueberschätzung geringfügiger Vorkommnisse zu constatiren, eine kleine Wunde bezeichnet sie als grosse. Erzählt mit gewichtiger Miene, man habe an einer Mitpatientin eine grosse Operation vorgenommen, wobei viel Blut geflossen sei (de facto Furunkelschnitt).

Sonst ist sie harmlos, gutmüthig, hilfebereit, artig, fügt sich der Hausordnung.

Fall II.

Marie A., 23 Jahre alt, ledig, Ziehtochter aus Steiermark.

Anamnese: Die Mutter derselben litt an Krampfzuständen, ist eine geistig beschränkte, nervöse Frau. Der Vater gilt als gesunder Mann. Ueber Lues und Alkoholabusus der Eltern unbekannt.

Patientin wurde rechtzeitig geboren; die Geburt war eine schwere. Als Kind litt sie an Rhachitis, machte mehrfache Kinderkrankheiten durch, blieb seit dem 8. Lebensjahre „wegen Kränklichkeit" in der Entwicklung zurück.

In der Schule lernte sie fleissig, galt nach mehrfachen Aeusserungen der Lehrer und Bekannten als mittelmässig begabte, jedoch kindische Schülerin. Die Menses traten erst nach dem 17. Lebensjahre ein, waren spärlich, stets schmerzhaft.

Mit dem zunehmenden Alter fiel die Patientin immer mehr durch ihr kindisches, unbeständiges Wesen auf; sie war niemals zu einer regulären Arbeit zu verwenden, obwohl sie sich für eine Anzahl von Verrichtungen geschickt und anstellig zeigte. Sie trug sich mit hochfliegenden Plänen, las vielfach noch in den letzten Jahren Märchenbücher; gesellte sich dabei zu Mädchen, die viel jünger waren als sie. In den letzten drei Jahren wurde sie hypochondrisch, klagte über dies und jenes, besonders über die Menses, weinte öfter während derselben, wurde zaghaft, ängstlich. Wegen dieser nervösen Zustände wurde sie der Klinik zugeführt.

Status somaticus: Für ihr Alter unentwickelt, infantiler Habitus.

Körperlänge: 141 cm, Körpergewicht 41 kg. Horizontaler Kopfumfang 55 cm. Index des Schädels Q. : L. = 80. Spannweite der Arme 150 cm.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Brustumfang 73 cm. Bauchumfang 75 cm. Die gracil gebaute Patientin ist anämisch, der Schädel ist ziemlich symmetrisch configurirt. Am Kopfe keinerlei Narben, keine Knochenimpressionen. Nystagmus fehlt. Pupillenphänomene intact. Mimik unreif. Herzdämpfung klein, Arterien zart, Puls klein. Thyreoidea substanzarm; über dem Manubrium sterni eine zungenförmige 4 cm breite, 5 cm lange, leicht gedämpfte Zone. Kein Herzfehler nachweisbar. Blutdruck 95 mm Hg (Tonometer).

Der Rumpf ist walzenförmig, das Abdomen etwas vorgetrieben, der Thorax lang, schmal, cylindrisch. Athemtypus vorwiegend abdominal. Mammae gering entwickelt, substanzarm. Pubes schwach entwickelt, desgleichen Achselhaare. Menstruation sehr schwach, schmerzhaft. Becken wenig weiblich geprägt; keine Hüftenwölbung. Untere Gliedmaass enlang, schmal. Uterus infantil entwickelt.

Patientin macht den Gesammteindruck eines 15jährigen Mädchens. Röntgenbefunde des Skeletts durchweg normal. Epiphysenfugen verknöchert. Zahnwechsel vollendet.

Im Status psychicus fiel allen Personen, die sich mit der Patientin beschäftigen, das kindlich gearteto, launenhafte Gebahren auf; sie wird von dem Wartepersonal als „unbeständig und wechselvoll" geschildert. Bald sei sie übermüthig, selbst ausgelassen, bald wieder still, in sich gekehrt, wortkarg: oft weine sie und gebe als Grunnd dafür „Verzagtheit" wegen ihrer „Krankheit" an. Den Mitkranken gegenüber schildert sie ihre Beschwerden in übertriebener Weise, macht sich im Krankenzimmer gewichtig. Für ihr Wesen ist charakteristisch, dass sie beim Abgange einer geheilten jugendlichen Mitpatientin den Aerzten gegenüber jammernd bedauerte, „jetzt sei es auf der Klinik nicht mehr so lustig wie früher, sie habe sich früher gut unterhalten",

Ihr grösstes Vergnügen ist, bei der Ausspeisung mitzuhelfen und in die Hauptküche mitzugehen, „da sie immer so gute Sachen bekomme".

Im Uebrigen zeigt sie ein rasches und gutes Auffassungsvermögen für die Vorgänge in der Umgebung.

Oefter wird Patientin auch dabei ertappt, wie sie heimlich in's Wachzimmer der Klinik hineinzublicken versucht, es sei darin immer „so viel Hetz". Im Anschlusse daran wurde sie einmal getroffen, wie sie gerade einem Kinde Schaudergeschichten erzählte.

Bei der Visite nimmt sie jedes Mal eine verschüchterte Stellung ein, vermag nicht frei heraus die gestellten Fragen zu beantworten.

Beim Examen anfangs verschüchtert, ruhig, sie wird nach einiger Zeit neugierig, weniger aufmerksam, benimmt sich wie gelangweilt, muss öfter ermahnt werden.

Die öfter mit ihr aufgenommenen Associationsprüfungen ergeben folgendes Resultat: Reizwort — Reaction.

Kopf — Kopfweh ist schrecklich.

Magen -- ist schon besser.

Spiegel — ist staubig (denkt und schaut auf den Spiegel im Arbeitszimmer).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Berg — Bergsteigen ist lustig.
Blume — rieche ich gern.
Wurzel — Zähne haben starke Wurzeln (greift sich an den Kiefer, denkt an einen gezogenen Zahn mit grossen Wurzeln).
Mann — stark, gross.
Bauer — ist im Lande.
König — unser König.
Arzt — curirt mich (lacht den untersuchenden Arzt an).
Unglück — krank sein.
Elend — Krüppel.
Glück — Himmel ist grösstes Glück.
Strafe — für unfolgsame Kinder.
Lust — Kinder haben verschiedene Lust.
Furcht — vor dem Donner habe ich Furcht.
Wille — Wille Gottes.
Muth — im Kriege.
Fleiss — bei der Arbeit.
Sitte — schlechte Gesellschaft verderben gute Sitten.
Steuer — — — — — —
Religion — muss man haben.
Messer — thut schneiden (denkt an ein bestimmtes Messer).
Gelb — gefällt mir nicht.
Wasser — ist gut zu trinken.
Grün — gefällt mir gut.
Wolke — ist schwarz.
Nacht — da schlafe ich.
Scheere — hab mich geschnitten (denkt an die Scheere ihrer Mutter).
Essen — schmeckt mir nicht (denkt an das Spitalessen).
Rund — mein Ring ist rund (besieht sich ihren Ring).
Heiss — heisse Speisen verderben die Zähne (zeigt an ihre Zähne).
Kalt — mir ist oft sehr kalt.
Bitter — Medicin von Herrn Dr.!
Fromm — wenn man Kirchen geht.
Zweifel — ich weiss oft nicht, was ich thun soll.
Glaube — ich glaube alles.
Luft — ist gesund.
Hell — der Tag ist hell (sieht zum Fenster hinaus).
Glas — ist zerbrechlich (denkt an ein einmal von ihr gebrochenes Glas, wobei sie ausgescholten wurde).
Soldat — viele grosse Soldaten (denkt an gesehene Soldaten in blauer Uniform mit rothen Aufschlägen).

Das Combinationsvermögen ist — nach mehrfachen Prüfungen zu schliessen — gut ausgeprägt; desgleichen werden selbst schwierigere Räthsel richtig aufgelöst.

Schulkenntnisse sind für ihren Bildungsgang ziemlich reichlich vorhan-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den, doch zeigen sich hierin mancherlei Lücken. Neuerwerb an Kenntnissen desgleichen bis in die jüngste Zeit nachweisbar. Rechenexempel (einfacherer Natur) werden rasch und richtig gelöst, selbst Gleichungen mit einer Unbekannten.

Das Urtheilsvermögen ist aber gänzlich unrein und kindlich geartet, unselbstständig.

Sie verfügt über eine Summe von Begriffen, jedoch sind dieselben vielfach nur angelernt, ohne dass sie Producte eigener Ueberzeugung und Denkarbeit waren.

Was den ethischen Besitzstand anbetrifft, lassen sich keine schwereren Defecte nachweisen; die Ethik zeigt dieselbe Färbung wie der Intellect.

Um die Pflichten als Mensch befragt, giebt Patientin die geradezu klassische Antwort: „Schön folgsam sein, nicht lügen, die Eltern ehren und keine Thiere quälen".

Sexuelle Regungen und Begriffe scheinen ganz zu fehlen. Ueber den Zweck der Ehe befragt, vermag sie keine Antwort zu geben. Das Schamgefühl ist wenig entwickelt.

Befragt, ob sie alte Herren oder junge lieber sehe, nennt sie die letzteren, weil sie nicht „grantig" seien und schön singen könnten.

Bemerkenswerth ist die Art und Weise, wie sie ein aufgegebenes Lesestück auswendig lernte. Sie entledigt sich der Aufgabe nach vielfachen Unmuth- und Unlustausbrüchen, die mit Thränen einhergingen, in der Weise, dass sie ohne das kurze und leicht fassliche Lesestück vorher durchzulesen, Satz für Satz, ja Zeile für Zeile auswendig lernte. Bei der Visite berichtet sie dann jedesmal, sie habe wieder 5 Zeilen hinzugelernt. Wird Patientin zum Schlusse aufgefordert, das Auswendiglernen mit eigenen Worten wiederzugeben, geschieht dies in abweichender Weise mit einer Menge willkürlicher Zuthaten und Ausschmückungen.

Fall III.

J. Katharina, $22^1/_2$ Jahre alt, häuslich beschäftigt, Taglöhnerstochter aus der Umgebung von Graz (siehe hierzu die beiden Abbildungen).

Die Obgenannte wurde Ende November 1904 von ihrer Mutter zur „Untersuchung" auf die Klinik gebracht.

Vater dieses Mädchens verunglückte bei einer Demolirungsarbeit, galt als nüchterner und solider Mensch. Mutter ist eine kräftige gesunde Frau, ebenfalls nüchtern und fleissig; dieselbe war 11 mal gravid und musste auch während ihrer Schwangerschaften körperlich stets schwer arbeiten. Hat niemals abortirt. Die Untersuchte ist das 5. Kind derselben. Von den Geschwistern sind noch 9 am Leben, davon 7 gut entwickelt, eine jetzt 18jährige Schwester jedoch ganz „verkümmert", klein und unentwickelt geblieben.

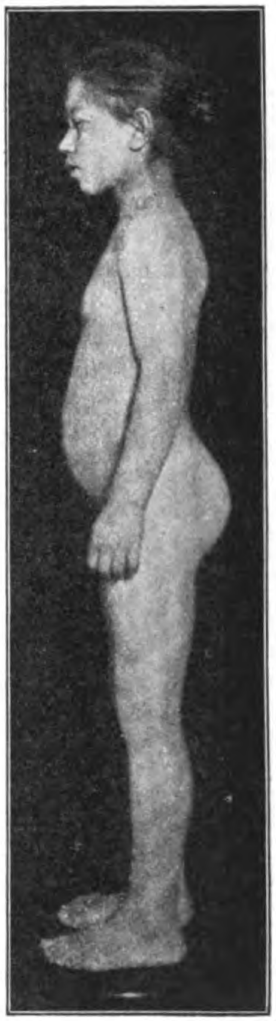
Ueble Zufälligkeiten während der Schwangerschaft der Mutter bestanden nicht; die Patientin kam leicht ohne Kunsthülfe zur Welt, war bei der Geburt normal gross und schwer, aber asphyctisch.

In den ersten Lebensjahren entwickelte sie sich normal, lernte mit $1^3/_4$ Jahren gehen, mit $2^1/_4$ Jahren sprechen; war schon mit 2 Jahren reinlich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und aufgeweckt. Niemals eklamptische Anfälle; hat angeblich keine Rhachitis durchgemacht; niemals Verletzungen oder heftiger Schreck. Stand ununterbrochen unter Aufsicht und Pflege ihrer Mutter.





Vom 6. Lebensjahre an wurde sie anämisch, kränklich, blieb von da an in der Entwickelung zurück, wuchs höchstens noch um ein paar Finger, blieb an Körpergrösse hinter allen Geschwistern zurück. Aus diesem Grunde wurde sie erst nach dem 8. Lebensjahre in die Schule aufgenommen, die sie $2^1/_2$ Jahre lang besuchte. Damals hiess es, sie hätte einen Wasserkopf. — Die Schulerfolge waren mittelmässige trotz grossen Eifers des Kindes. Seither blieb sie immer „ganz Kind", konnte nur zu einfachen häuslichen Beschäftigungen herangezogen werden.

Von dem 8. Lebensjahre an war sie dadurch auffällig gewesen, dass sie

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein blasses, breites, gedunsenes Gesicht hatte. Stärkeres Fettwachsthum bestand nicht.

Ueber ödematöse Anschwellungen an Augenlidern und den Extremitäten weiss die Mutter nichts anzugeben.

Schwerere körperliche Krankheiten bestanden niemals, weder in der Kindheit noch später. Sie bekam stets genügend zu essen, litt niemals Noth oder Entbehrungen. Vom 4. Lebensjahre an habe sie ab und zu Most zu trinken bekommen, ausnahmsweise auch Branntwein, bis zum Rauschzustande aber niemals. Epileptiforme Anfälle werden mit Bestimmtheit in Abrede gestellt.

In den letzteren Jahren war sie bei Grundbesitzern im Dienste, hatte niemals schwere Arbeit zu verrichten, wurde auch auf den Dienstplätzen gut gehalten.

Da die Mutter schon öfter interpellirt worden war, warum das Mädchen in der Entwickelung derart zurückgeblieben sei, entschloss sie sich, an der Klinik ärztlichen Rath zu holen.

Von der Mutter wird das Mädchen als kindisch, gutmüthig, nicht besonders verzagt oder verschüchtert und als harmlos geschildert.

Gedächtniss und Merkfähigkeit seien stets gut gewesen. Bei der Arbeit sei immer rasche Ermüdung aufgetreten. Menstruirt war sie niemals.

Körperlicher Befund.

Maasse: Körperlänge 130 cm (gestreckt).
Körpergewicht $29^1/_2$ kg.
Kopflänge 24 cm.
Rumpflänge 47 cm.
Brustumfang 63 cm.
Bauchumfang über dem Nabel 64 cm.
Horizontaler Kopfumfang $52^1/_2$ cm.
Antero-postero-Durchmesser 17 cm.
Grösster biparietaler Querdurchmesser 14 cm.
Grösster bitemporaler Querdurchmesser 11 cm.
Schädelhöhe 15 cm.
Kinnscheitelhöhe 24 cm.
Halsumfang 32 cm.
Oberarmlänge 24 cm.
Unterarmlänge 20 cm.
Beckenmaasse: Cristae 21 cm, Spinae $19^1/_2$ cm, Trochant. 23 cm, Conj. externa 13 cm.
Oberschenkellänge 38 cm (Spina ant. bis Condyl. extern.).

Adspect: In der ganzen Entwickelung hochgradig zurückgeblieben. Die Untersuchte macht den Eindruck eines etwa 6—7jährigen Kindes. Ihre Rumpflänge beträgt etwa $5^1/_2$ Kopflängen. Sie zeigt keinerlei secundäre Geschlechtscharaktere, hat gar keine Pubes, keine Achselhaare, die Mammae und Mamillae sind ganz rudimentär. Der Rumpf ist cylindrisch geformt, das Abdomen nach infantiler Art vorgetrieben. — Genitalbefund (aufgenommen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf der gynäkologischen Klinik): das innere Genitale gleicht dem eines Kindes in den ersten Lebensjahren.

Das Knochensystem zeigt Reste einer inveterirten geringgradigen Rhachitis, der Schädel ist etwas asymmetrisch configurirt; die Stirnhöcker sind vorspringend, die Nasenwurzel ist breit, etwas gesattelt. Die Jochbogen sind prominent. — Die Epiphysenfugen sind laut Röntgenogramm noch offen stehend.

Die Zähne sind unregelmässig gestaltet, defect; der Zahnwechsel ist noch nicht abgeschlossen; die ersten bleibenden Zähne sind erst vor 2 Jahren aufgetreten. Die untere Zahnreihe zeigt den Typ der Milchzähne. Die Lippen sind aufgeworfen; das Zahnfleisch ist aufgewulstet.

Am Hautdeckensystem fällt ausser einer Blässe der Haut eine leichte Gedunsenheit und Teigigkeit des Gesichtes und eine mässig ödematöse Anschwellung über den Jochbögen auf. Die Lider sind frei.

An der Haut des oberen Brustabschnittes ist ein deutlich ausgebildetes Venennetz sichtbar.

Die Haut der distalen Theile der Gliedmaassen ist kühl, cyanotisch.

Eine stärkere Runzelung der Haut besteht nirgends. Nirgends Narben oder narbige Hautgebilde.

Die Schilddrüse ist klein, aber tastbar; eine Struma hat niemals bestanden. Nirgends vergrösserte Lymphknoten.

Die Tonsillen sind gross, zerklüftet; im Nasenrachenraume adenoide Wucherungen. Thymusdämpfung mit einiger Sicherheit: in der oberen Brustgegend über und seitwärts vom Sternum als eine deutliche 10 cm breite und 12 cm lange Dämpfung nachzuweisen, in der Rückenlage und beim Stehen gleich deutlich.

Am Halse negativer Venenpuls. Die Carotiden sind sehr zart und dünn. Die Herzdämpfung reicht nach links bis zur Mammillarlinie, nach rechts bis zur Mitte des Sternums, nach oben bis zum oberen Rand der 4. Rippe. Die Herzarbeit ist rhythmisch, der erste Ton etwas unrein; über der Spitze ist ein leichtes Schwirren palpabel. Der 2. Ton über den Gefässen ist klappend.

Die Stimme ist hoch, gänzlich kindlich.

Psychischer Befund:

Heitere Stimmungslage; Patientin fühlt sich vergnügt; „es sei ganz lustig"; ist leichtlebig, spielt gerne.

Sonst ist sie fleissig, nett, hält auf Ordnung; beim Examen anfänglich stets leicht verlegen, bald darauf jedoch frei davon; die Antworten sind etwas retardirt, werden erst nach einigem Nachsinnen gegeben. Eine Einsicht in ihren Zustand fehlt. Die Orientirtheit ist richtig.

Giebt an, sie sei auf ihrem Dienstplatz zufrieden gewesen, weil sie genug zu essen und 20 fl. Jahreslohn bekommen habe. Sie sei mit dieser Entlohnung ganz zufrieden gewesen, habe sie als reichlich angesehen. Sie habe auch gar nicht gewusst, was mit dem Gelde anzufangen wäre; wollte sich Backwerk und neue Kleider dafür kaufen, doch habe die Mutter das Geld weggenommen.

Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Sie habe stets am liebsten mit gleich grossen Mädchen verkehrt, weil sie immer viel Neuigkeiten von ihnen erfuhr.

Die Untersuchte betrachtet sich selbst noch als ein Kind, spricht von Gleichaltrigen als von „Grossen“ oder „Erwachsenen“, denen sie grossen Respect und Folgsamkeit entgegenbringen müsse, ihrer Meinung nach müssten alle „grossen Leute“ gescheit sein und sich in Allem gut auskennen. Zeigt Gefälligkeit und Furcht vor Alleinsein.

Bei einer Christbaumfeier benimmt sie sich ganz nach Art eines Kindes von etwa 8—10 Jahren. Sie glaubt an die Wesenheit eines „Christkindes“, ist vor der Feier voll Erwartung und Ungeduld, bricht beim Anblicke desselben in lebhafteste Freude aus. Sammelt bunte Bildchen und Flitterwerk.

Auffallend ist der Mangel weiblichen Schamgefühls trotz ihrer guten Artung. Sie entkleidet sich vor einer Anzahl von Aerzten ganz unbefangen, nachdem ihr zugesichert wurde, dass man sie nicht „operiren“ werde. (Unter Operation versteht sie jeglichen Eingriff; den Ausdruck hat sie von einer Mitpatientin gehört.) Sie benimmt sich dabei ungenirt. Auch bei der Aufnahme des Lichtbildes zeigt sie dieselbe Unbefangenheit. Sexuelle Empfindungen fehlen; desgleichen solche Begriffe. Die Aufmerksamkeit ist rach zu erregen; jedoch nur kurze Einstellung und Concentration; Ablenkung durch intercurrente Reize.

Associationen:

Reizwort:	Reaction:
Wasser:	fliesst im Brunnen (denkt an den Hausbrunnen).
Land:	Steirerland (denkt an eine Wandtafel in der Schule, die steiermärkische Landkarte vorstellend und zugleich an ihren damaligen Lehrer).
Kanarie:	Unser Kanarie ist gelb.
Gebot:	10 Gebote Gottes (denkt hierbei an die Bibel und an die darin abgebildeten Gesetzestafeln).
Gabel:	zum Essen (denkt an ihre Essgabel mit einer abgebrochenen Zinke, die sie zu Hause in Gebrauch hatte).
Gross:	ein Mann — ein Elefant —.
Grün:	zum Anstreichen (denkt an einen bestimmten Farbentopf zu Hause).
Traurig:	ich bins nicht.
Feissig:	muss man sein.
Berühmt:	grosse Leute.
Hungrig:	bin ich immer (lacht).
Gesund:	ich bin g'sund.
Sitte:	sittliches Betragen habe ich immer erste Note gehabt (denkt an ihre Schulzeugnisse).

Vorstellungscomplexe: Schule: „Wo man lernen muss und der Herr Lehrer straft“.

Verdienst: „Die Eltern thun für uns Kinder verdienen; die Eltern müssen Geld für uns verdienen“.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zinsen: „Ist Geld für die Wohnung".
Polizei: „Zum Strafen und Einsperren".
Alkohol: „Schnaps".
Minister: — — —.
Pflicht: — — —.
Steuer: — — —.
General: „Ein Herr".
Monarchie: — — —.
Werthbestimmungen: Ein Paar Schuhe: „5 fl.".
Ein Regenschirm: „1 fl.".
1 kg Zucker: „50 kr".
Ein Haus: „1 Million".
Eine Uhr (Wanduhr): „100 fl.".
Ein Trinkglas: „60 kr.
Was sie am liebsten kaufen möchte: „Etwas zum Essen".
Ob sie sich eine Uhr kaufen möchte: „Das ist nur für grosse Leute".

Beschreibungen: Patientin wird nach der Christbaumfeier aufgefordert, die gewonnenen Eindrücke wiederzugeben: „Es war sehr schön; es waren tausend Lichter; es waren schöne und gute Sachen droben; am besten hat mir das Krippenspiel gefallen".

Aussagen: Die Untersuchte war zufällig vor 3 Tagen Zeugin eines Erregungszustandes einer hysterischen Mitpatientin. „Es war schrecklich; ich hab' mich so sehr gefürchtet; sie hat Alles zusammengeschlagen (non verum); es haben sie 5 Leute nicht halten können (de facto 2 Wärterinnen); habe geglaubt, sie wolle mich umbringen (non verum); sie hat wohl eine halbe Stunde es so getrieben (de facto höchstens 3—5 Minuten); sie hat auch mich zu Boden werfen wollen; sie ist mir nachgelaufen; sie habe schon gestern so finster drein geschaut; sie habe alle Kleider zerrissen (nur das Hemd); ich habe noch am nächsten Tage schreien gehört (non verum); man habe sie zur Strafe eingesperrt (die Betreffende kam ins Wachstation).

Einer Mitpatientin erzählte sie u. A., dass die schlimmen Leute (unruhigen Kranken) in ein Loch gesteckt würden, wo sie nichts zu essen bekämen; es seien auch Ratten darin.

Rechenexempel werden relativ gut und rasch gelöst. Ueber Geldeswerth, Gewichts-, Längen- und Zeitmaasse richtige Kenntnisse.

Lesen gelingt gut mit richtiger Inhaltsauffassung und Reproduction. Die Reproduction geschieht allerdings nur unmittelbar nach vollendetem Lesen richtig, später unter freien Zuthaten.

Combinationsfähigkeit gut entwickelt. Einfache Räthsel werden prompt gelöst.

Einfache Schulkenntnisse ihrem Schulbesuche angemessen und gut erhalten.

Schrift: Schriftzüge unentwickelt; Orthographie dem Gehör nach.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall IV.

W. Emma, 24 Jahre alt, ledig, Stubenmädchen, aus Steiermark, aufgenommen im November 1904.

Anamnese: Der Vater der Patientin war ein starker Trinker, starb im 6. Lebensdezennium an Gehirnschlagfluss; litt überdies an Leberverhärtung und Gelbsucht. Die Mutter war eine stets kränkliche schwächliche Frau, starb nach 6 Graviditäten an Lungentuberculose. Von den Geschwistern starben 2 bald nach der Geburt, eines in zartem Alter an tuberculöser Hirnhautentzündung. Von den 2 lebenden Geschwistern ist das eine gesund, gut entwickelt, das andere kränklich und zurückgeblieben. Patientin selbst ist das dritte unter den 6 Kindern. Sie war in ihrer Kindheit vielfach kränklich, erlitt mit 2 Jahren einen Sturz auf den Kopf, lernte in der Schule gut, war stets unter den ersten Schülerinnen. Sie bekam schon von dem 9. Lebensjahre an zeitweise Thee mit Rum sowie Wein vom Vater zu trinken. Seit dem 14. Lebensjahre blieb Patientin in der gesammten Entwickelung zurück, wurde anämisch, litt zeitweise an Schwindel, Kopfschmerz, Ohrensausen, Herzklopfen, starker Ermüdbarkeit, konnte keine schwerere Arbeit verrichten, soll auch Krämpfe (?) gehabt haben. Während dieser Krankheit wurde sie auch mit Alkohol tractirt. Sie wuchs seitdem fast nicht mehr, blieb hinter den Altersgenossinnen zurück. Echte epileptiforme Zustände waren niemals vorhanden.

Mit 19 Jahren Auftreten der ersten Menses; diese waren sehr spärlich, blieben ein volles Jahr aus. Seit dem 20. Jahre Wiedereintritt derselben, nunmehr in 3—4monatlichen Pausen. Die Menses waren stets dysmenorrhoisch.

Seit mehr als einem Jahre ist Patient verzagt, sehr kleinmüthig, lässt sich von Jedermann leicht einschüchtern, bringt trotz grossen Fleisses nur wenig Leistungen zu Stande. Sie wurde von den Dienstgebern gut gehalten, niemals überanstrengt. Von den Dienstgebern wird sie als mittelmässig begabt, verschüchtert und unreif geschildert; sei immer naiv und kindlich unüberlegt gewesen.

Wegen dieser Zustände und wegen ihrer Blutarmuth wurde ihr der Rath gegeben, Spitalshülfe aufzusuchen.

Körperlicher Befund: Körperlänge 155 cm, horizontaler Kopfumfang 52 cm, Halsumfang 31 cm, Brustumfang 80 cm, Bauchumfang 78 cm, Körpergewicht 50 kg. Schilddrüse nicht vergrössert. Das Gefässsystem gut entwickelt.

Secundäre Geschlechtscharaktere zum Theil gut entwickelt: Mammae unreif, Achselhaare und Pubes reichlich entwickelt.

Uterus infantil. Hüftenrundung ausgeprägt, Becken weiblich geformt.

Am Nervensysteme keine pathologischen Funktionsäusserungen.

Die Hautfarbe ist leicht gelblich verfärbt, die Extremitäten sind livide marmorirt.

Harn frei von pathologischen Stoffen. Zähne defect, Mimik hat einen kindlichen unreifen Typus. Die Stimme ist hoch, ohne den Klang eines reifen Weibes.

Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Psychisch macht Patientin andauernd einen verzagten, verschüchterten Eindruck. Sie ist still, wagt nicht aus sich herauszutreten, beschäftigt sich mit Handarbeiten, ist nett, reinlich, fügt sich strenge der Hausordnung. Sie fühlt die Ueberlegenheit der Gleichaltrigen, ist dienstfertig, übertrieben höflich. Aufgegebene Aufgaben werden pedantisch genau ausgeführt; dabei kommt sie aus dem Affectgleichgewichte, grübelt nach, wie sie es am besten machen könne, wird ängstlich. Wird ihr ein Lesestück zum Auswendiglernen aufgetragen, vollführt sie solches ganz analog der früheren Kranken. Sie schickt sich mit Unlustgefühlen, aber sehr langsam hierzu an, lernt Satz für Satz auswendig, ohne sich zu Beginn des Memorirens mit dem Inhalte vertraut gemacht zu haben.

Als ihr behufs einer Weihnachtsfeier einer Rolle zugedacht wurde, geräth sie über diese „Auszeichnung" und das in ihre Leistungsfähigkeit gesetzte Vertrauen ausser sich, verspricht, alles daran zu setzen, um die „grosse Aufgabe" bestmöglichst zu lösen. Bei der Aufführung selbst benimmt sie sich unselbstständig, sagt ihre Rolle in kindlichem Jargon her.

Sie ist durchwegs harmlos, dienstbeflissen, hat gut entwickelte altruistische Empfindungen und entsprechende Handlungsweise.

Echte Depressionszustände mit Kleinheitsideen oder Selbstanklagen konnten niemals festgestellt werden. Durch Anschluss an jüngere Patientinnen, besonders aber Mädchen, konnte sie sogar durch Stunden heiter und lustig werden, wobei sie sich mit Spielen und Erzählen unterhielt.

Ihren Ansichten und Urtheilen nach erhob sie sich nicht über den Horizont eines 12—15jährigen Mädchen von guten Grundsätzen.

Reifere Ansichten fehlten, in manchen Dingen war sie direct einfältig zu nennen.

Schulkenntnisse, Rechenvermögen und auch Combinationsvermögen waren in zufriedenstellendem Maasse vorhanden.

Befragt, was sie für das grösste Unglück hielt, erwähnte sie jedesmal: „krank und verlassen sein". Der Verlust beider Eltern sei das grösste Unglück, das sie getroffen habe, ein grösseres Unglück könne ihr gar nicht mehr zustossen.

Befragt, wie viel Geld wohl ihrer Ansicht nach der reichste Mann der Welt besitzen könne, giebt sie nach einigem Zögern zur Antwort: „Ein paar hunderttausend Gulden; vielleicht giebt es einen Mann, welcher tausend Mal tausend Gulden im Vermögen habe". (Patientin identifizirt dabei richtig „tausend mal tausend" mit einer Million.)

Ueber ihr zukünftiges Leben urtheilt sie ganz vom Standpunkte eines etwa 15jährigen Mädchens aus.

Sexuelle Empfindungen sind vorhanden, wenig regsam.

Der Begriff „Mündigkeit", „Volljährigkeit" ist ihr gänzlich ferne liegend.

Sie giebt selbst zu, sich im Leben noch gar nicht auszukennen, deshalb sei sie auch so beklommen und kleinmüthig. Sie fühle sich selbst als unerwachsen und unentwickelt, weshalb sie das Bedürfniss empfindet, sich an

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„erwachsene" Personen anzuklammern und Hülfe zu suchen. Sie habe hier ihr Vorbild in der Krankenschwester; wolle auch eine solche werden.

Anamnestisch giebt die Untersuchte selbst an, dass sie sich bis vor etwa 2—3 Jahren „gesund" und zufrieden gefühlt habe. Sie sei damals noch nicht so verlegen und bezüglich ihrer Zukunft ängstlich gewesen. Erst nach dem Tode ihrer Eltern — als sie allein auf der Welt stand — habe sie ihre Verlassenheit schwer empfunden, sich keinen Rath gewusst, und ganz hilflos gefühlt. — Seither sei sie krank und gedrückt. Es komme ihr vieles jetzt vor, was sie nicht recht begreife, wovon sie früher keine Ahnung hatte. Aus den Schilderungen ist ferner zu entnehmen, dass sich viele neuere Eindrücke bei ihr nur schwer assimiliren liessen, dass sie darüber nachgrübelte und vielfach unter krankhaften Skrupeln zu leiden hatte. Manches war ihr „überhaupt nicht eingegangen". Besonders galt dies von Aeusserungen sexuellen Inhaltes, die sie ab und zu Gelegenheit hatte, zu hören.

Fall V.

Anton B., 19 Jahre alt, ehelich, Schneidergeselle, aus Mähren, aufgenommen im Mai 1904.

Wird via Ambulatorium der Klinik zugeführt.

Die Eltern B.'s sind am Leben, der Vater gross, bärtig, kräftig, die Mutter kränklich (soll lungenkrank sein).

3 Geschwister (Brüder) des Untersuchten sind klein geblieben, trotzdem sie schon alle über 16 Jahre alt sind; nur der älteste Bruder, der bereits über 25 Jahre alt, trägt etwas Bart.

5 Geschwister sind früh weggestorben.

Der Untersuchte selbst war von Kindheit an stets schwächlich. Er verzeichnet gute Schulerfolge. Gleich nach vollendeter Schulzeit kam er zu einem Schneidermeister in die Lehre.

B. hat nur ausnahmsweise alkoholische Getränke zu sich genommen und war niemals schwer erkrankt gewesen.

Seit $1^1/_2$ Jahren (seit dem 17. Jahre) fühlt sich B. leidend. Er ist seit dieser Zeit immer verstimmt, hat öfter weinerliche Affecte bekommen und an dem unbestimmten Angstgefühle gelitten, er könne keinen ordentlichen Beruf mehr finden, werde krank bleiben und den Lebensunterhalt nicht bestreiten können. Auch ist er leicht schreckbar geworden. Besonders plage ihn die Krankheitsfurcht. Die ganze Zukunft erfülle ihn mit einer unbestimmten Sorge.

Körperlicher Befund.

Macht den Eindruck eines etwa 14jährigen Knaben.

In der Entwicklung gleichmässig zurückgeblieben. Körperlänge 158 cm. Gesicht knabenhaft, bartlos (auch kein Anflug). Stimme kindlich hoch, hat noch nicht mutirt. Schamhaare sehr gering entwickelt. Thorax gänzlich kindlich geformt. Muskulatur schlank, wenig conturirt.

Am Knochensysteme sind keine Reste einer überstandenen Rhachitis nachzuweisen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Am Hautdeckensysteme fällt eine Cyanose an der Peripherie der Extremitäten auf.

Penis und Testikel: klein, nicht dem Alter entsprechend.

Kopf: symmetrisch configurirt, nicht hydrocephal; Rundschädel; horizontaler Umfang desselben $53^1/_2$ cm. Schädelindex 86 cm. Halsumfang 31 cm. Spannweite der Arme 170 cm. Brustumfang bei grösster Inspiration 78 cm.

Schilddrüse: Jugulum etwas eingesunken, die Drüse tastbar.

Die Röntgenaufnahme ergiebt neben dem Manubrium sterni einen scharfen Schatten. Es ist auch eine zungenförmige Dämpfung über dem Sternum nachzuweisen.

Am Halse keine erweiterten Venen und keine pathologische Venenpulsation. Im Gesichte keine cyanotische Grundfarbe. An der vorderen Brustwand sind Venenektasien nach Art eines Caput Medusae vorhanden mit dem Mittelpunkte in der halben Höhe des Brustbeines. Kein Herzbuckel. Die Gegend des Spitzenstosses ist hebend; der Spitzensoss selbst liegt im 5. Zwischenrippenraume einwärts der Mamillarlinie, deutlich fühlbar. Die Herzdämpfung ist nicht vergrössert.

Die Gehirnnervenfunction durchaus intact.

Am vorderen Halsdreiecke beiderseits ziemlich starke Schmerzempfindlichkeit auf Druck.

Kein Muskelzittern.

Reflexe in Ordnung.

Urin ohne pathologische Bestandtheile.

Psychischer Befund.

B. ist andauernd ruhig, benimmt sich vollkommen der Situation gemäss. Er hält sich grösstentheils abgeschlossen für sich allein, schliesst sich wenig an die Mitpatienten (auch nicht an die jüngeren) an. Zeigt niemals Lebhaftigkeit, im Gegentheil stets gedrücktes Wesen.

Sitzt oft stundenlang, ohne sich zu beschäftigen, neben seinem Bette; bricht öfter ohne äussere Veranlassung in Thränen aus.

Der Untersuchte ist krankhaft empfindlich, ist rasch über belanglose Dinge gekränkt, sieht überall Vorwürfe, kann sich von dem Gedanken an vermeintliche Vorwürfe nur schwer losmachen.

Die häufigste Reaction auf diese Gemüthsbewegungen sind weinerliche Affectausbrüche.

Er ist sonst durchaus harmlos, gutmüthig, wagt nicht laut aufzutreten, ist sehr leicht einzuschüchtern. Er tritt überhaupt niemals aus sich heraus, bleibt stets reservirt und zurückhaltend.

Seine Arbeitsfähigkeit ist eine minimale; er hat wenig Initiative und Arbeitsenergie, so dass er seine Arbeiten (Schneiderarbeiten), die ihm aufgegeben wurden, gewöhnlich nicht zu Ende bringt. Sich selbst überlassen, spricht er spontan fast nichts.

Selbstvorwürfe und Kleinheitswahnideen fehlen.

Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Beim Examen ist er ängstlich beklommen, wagt kaum sich zu rühren, spricht mit leiser verschüchterter Stimme.

Die Orientirtheit ist auch im Detail eine intacte.

Er giebt richtige anamnestische Angaben, vermag seinen Zustand richtig zu schildern.

Bei der Schilderung seines Zustandes kann er nur mühsam Thränen zurückzuhalten, wobei seine Stimme einen weinerlichen Ton annimmt.

Er schildert seine Stimmung als eine permanent verstimmte, freudlose; er sei voll Besorgnissen wegen seiner Zukunft; er wisse, dass er ungemein empfindlich und leicht gekränkt sei, könne dagegen nicht ankämpfen.

Er könne sich seine Zukunft gar nicht vorstellen, sehe jedem Tage mit Besorgnissen entgegen; was ihm speciell Sorgen einflösse, könne er nicht angeben; wenn er die Gewissheit hätte, dass es ihm in Zukunft gut gehen würde, würde er wieder froh und lustig sein. Er fühle sich jetzt zu jeder Beschäftigung untauglich und wisse es auch, dass er keine Arbeit zu Ende bringen könne; die Ursache liege darin, dass er bei Beginn der Arbeit stets beängstigende Gedanken bekomme.

Er sehe sich in Zukunft arbeitsunfähig, ohne Verdienst, kränklicher; er fürchte, dass seine Vergesslichkeit und seine leichte Erregbarkeit ein Hinderniss für seine Arbeitsfähigkeit abgeben würde.

Er sei früher nicht so verzagt gewesen. Erst seit $^3/_4$ Jahren sei er so geworden, nachdem er begonnen habe, über seine Zukunft nachzudenken. Je mehr und je länger er darüber nachdachte, desto mehr sei er beklommen und „ganz confus" geworden.

Auch habe er „Ding" gehört, die ihm nicht „eingegangen" sind, über die er fortwährend nachgrübeln musste. Besonders der Stellung zum Militär sehe er mit grossen Besorgnissen entgegen und mit Bangen auch der Zeit, wo seine Eltern nicht mehr leben würden.

Schrecklich sei es ihm vom Kriege zu hören oder zu lesen; auch vor Seuchen habe er grosse Bangigkeit.

In der Schule habe er stets gut gelernt und gute Zeugnisse mitgebracht.

Nach der Schulzeit und in der Lehrlingszeit sei es ihm gut gegangen, habe für nichts zu sorgen gebraucht. Er sei auch lustig gewesen und habe gerne mit Altersgenossen gespielt.

An Mädchen habe er sich nie herangewagt; fürchtete sich von denselben gehänselt und verspottet zu werden.

Sexuelle Regungen habe er; auf sexuelle Bethätigung habe er niemals gedacht; es komme ihm eine solche als grösste „Schande" und Sünde vor. Masturbation wird negirt. Er habe einmal über sexuellen Verkehr sprechen gehört, und sei mehrere Tage darüber ganz entsetzt und ausser sich gewesen. Erst nach einigen Tagen habe er sich darüber beruhigen können.

Schulkenntnisse, Gedächtnissleistungen, Lösen von Rechenaufgaben, Combinationsvermögen ergeben recht gute Durchschnittsleistungen.

Das Urtheilsvermögen zeigt von einer unerfahrenen und unreifen Persönlichkeit.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Kenntnisse, die im Leben durch Erfahrung gewonnen werden, sind sehr mangelhaft und zum Theil fehlerhaft.

Z. B. hat er von den Begriffen: Parlament, Verfassung, Ministerium, Aristokratie, Finanzbehörde, Statthalterei keine Ahnung.

Die Beschreibung von concreten Dingen geschieht im kindlichen Jargon.

Die fünf herangezogeneu Fälle bilden die Auswahl einer Reihe von etwa 20 seit dem Jahre 1903 untersuchter infantiler Individuen, die sowohl den dystrophischen als myxinfantilen Typ in theils completter, theils partieller Form reprüsentiren. — Nach den einleitenden Ausführungen liegt es nicht mehr im Sinne des Themas, auf die morphologisch-klinischen Eigenthümlichkeiten des Körperbaues bei den Fällen näher einzugehen.

Das eigentliche Interesse beanspruchen die Ergebnisse der psychischen Zustandsuntersuchungen.

Schon bei ganz unbefangener Beurtheilung drängt sich die Erkenntniss auf, dass diese Persönlichkeiten trotz ihrer Altersstufe geistig noch gänzlich unreif sind und Züge erkennen lassen, die aussschliesslich der Kindesseele eigen sind.

Bei der psychologischen Analyse liessen sich zwanglos zwei gut charakterisirte Hauptgruppen abtrennen, deren hervorstechendste Merkmale folgende sind:

I. Ganz kindliche Seelenartung, Leichtlebigkeit; Sorglosigkeit; Unbefangenheit; kindliche Triebe, kindliches Ethos; Geselligkeitstrieb, Affectflüchtigkeit, Furchtanwandlungen, kindlicher Egoismus, Ueberschätzen von Werthgrössen, Selbstfühlen als Kind resp. unerwachsenes Individuum; rasches, unüberlegtes Urtheil, kritiklose Annahme der Ansichten Erwachsener; Mangel an sexuellen Vorstellungen und Empfindungen; undifferencirtes sexuelles Schamgefühl.

II. Gruppe. Verstimmungszustand, Verzagtheit, verschüchtertes Gebahren; Aengstlichkeit und Rathlosigkeit vor neuen Situationen oder vor gestellten Aufgaben; Kleinmüthigkeit mit unbestimmten Sorgen für die Zukunft, Bedürfniss nach Anklammerung an andere Menschen, Unselbstständigkeit, erhöhte Suggestibilität, Drang, sich Vorbilder aus dem Milieu zu schaffen; engbegrenzter Horizont; enges Urtheil.

Ich halte es hier für nöthig, den normalen psychologischen Werdegang eines Kindes bis zum fertigen Menschen kurz zu skizziren:

Die Kindheit ist die Lebensperiode vom Säuglingsalter bis zum Eintritte der ersten Zeichen der Pubertät. Das erste Kindesalter dauert bis zum 7., das zweite Kindesalter (= die reifere Kindheit) bis zum

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

14. Lebensjahre, wobei die Jahre vom 12. bis 15. Jahre als Zwischenalter zur Jugendzeit (= dem Pubertätsalter) zugerechnet wird.

Die Pubertätszeit dauert mitunter bis zum 20. und 24. Lebensjahre.

Nach Stratz reicht das erste neutrale Kindesalter vom 1.—7., das zweite bisexuelle vom 8.—18. bezw. 16. Jahre; von da ab setzt die Pubertät ein.

Die wichtigen morphologisch-anatomischen und physiologischen Umformungen sowie Ausgestaltungen müssen in der vorliegenden Arbeit unberücksichtigt bleiben.

Von Interesse ist hingegen die seelische Entwicklung in der reifen Kindheit und im Pubertätsalter nach Qualität und Quantität der psychischen Elementarfunctionen, die bereits beginnende Vorbereitung für die Umformungen der kindlichen Werthe in die des fertigen Menschen.

Die Individualität beginnt sich zu markiren, es kommen die Grundzüge der zukünftigen Persönlichkeit zum Durchbruche, nachdem bereits eine bestimmte Detailarbeit für ihren künftigen Aufbau zuvor vollendet worden ist.

Die Evolutionszeit der Psyche ist durch eine Erregung sämmtlicher psychischer Energien gekennzeichnet, der affectiven wie der intellectuellen mit der Tendenz zur Verarbeitung und Verknüpfung des erworbenen Rohmateriales zu definitiven Complexen.

In dieser Periode weist schon naturgemäss die Psyche sozusagen pathologische Züge auf; letzteres gilt besonders von den unmotivirten Impulsen, dem raschen und unfertigen Urtheile, der leichen Gemüthserregbarkeit, dem Mangel an Selbstkritik, der phantastischen Illusions- und Combinationsfähigkeit, die leichte Suggestibilität und Unselbstständigkeit.

Ein sonst pathologisches, doch der Kinderpsyche in hohem Maasse eigenes Phänomen ist auch die Neigung zum Uebertreiben von Zahlen und Raumgrössen.

Ganz eigener Art sind die physiologischen Erinnerungstäuschungen des Kindes (Groos). Es handelt sich hierbei um ein fälchliches Dafürhalten reproducirter Daten für wirkliche Erlebnisse, mit ganz kritiklosen phantastischen Verknüpfungen eingebildeter Grössen.

Es ist nämlich ein ganz bemerkenswerther Zug der Kindesseele bei sonst guter Auffassungskraft für ein strenges Einhalten der logischen Ideenverbindungen minder geeignet zu sein und bei gutem Gedächtnisse die Reproduction von Erlebtem durch eigene combinatorische Zuthaten zu trüben. Die werthvollen Berichte Sommer's über die Kinderaussagen bestätigen vollauf die Thatsachen der Erinnerungstäuschungen beim Kinde. Auf den „paramnestischen Typus" falscher Kinderaussagen (nach

Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Sommer) muss hier ausdrücklich verwiesen werden, weil dies ein wichtiger Untersuchungsfactor für das Studium des psychischen Binnenlebens Infantiler abgeben wird.

Das rege Combinationsleben normal veranlagter Kinder, das leichte Ueberwerthigwerden kindlicher Ideen und Affecte soll aus demselben Grunde betont werden.

Psychologisch-klinische Analyse.

Einen wichtigen Schlüssel für das Verständniss der infantilen Psyche bilden die experimentellen Untersuchungen über einzelne Elementarphänomene.

Associationen. Bei der ersten Gruppe vollzog sich die sprachliche Reaction auf Reizworte fast stets unter adäquater Affectbegleitung, Geberde und Mimik.

Es liess sich hier experimentell constatiren: So oft die Untersuchten etwas hörten, lasen oder reproducirten, hatten sie ganz bestimmte, concrete Dinge im Auge, es wurde der Sinneseindruck mit bestimmten Individualvorstellungen associativ verknüpft. Es tauchten die Erinnerungsbilder bestimmter Gegenstände auf, die bei der Wahrnehmung einen stärker betonten Eindruck hinterlassen hatten und nur beim Aufleben dieses Eindruckes das betreffende Erinnerungsbild nach sich zogen. In dieser Art wurde regelmässig das Reizwort mit einer bestimmten Individualvorstellung associativ verbunden, an die sich wieder eine solche anschloss.

So oft z. B. eine Untersuchte (II. Fall) ein Lesestück von einem Sperling durchlas, musste sie immer wieder lebhaft an einen todten Sperling denken, den sie einmal auf der Strasse liegen sah.

St. (Fall I) dachte beim Hören des Räthsels „Erst weiss wie Schnee, dann grün wie Klee, dann roth wie Blut etc.“ stets lebhaft an ein vierblätteriges Kleeblatt, welches sie einmal pflückte, presste und ins Gebetbuch legte.

Bei „Blut“ im gleichen Räthsel musste J. (Fall III) an das Blut eines geschlachteten Thieres denken, das vor einem Fleischerladen hing und durch eine Blutlache ihr Grauen einflösste.

Die räumlich und zeitlich genau fixirten Individualvorstellungen waren — wie schon erwähnt — von adäquatem Affecte, entsprechendem Mienen- und Geberdenspiel begleitet.

Nach den eingehenden Untersuchungen von Ziehen knüpfen sich

Generated on 2019-02-17 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

bei den Kindern im zweiten Kindesalter an die gegebenen Reizworte auffallend oft Individualvorstellungen mit räumlicher und zeitlicher Fixirung an; kommen Erklärungsassociationen vor, sind sie subjectiv gefärbt. Nach ihm nimmt der Procentsatz der rein individuellen Associationen mit dem zunehmenden Alter stets ab; das Kind beginnt allmälig in demselben Umfange und Ausmaasse in Allgemeinbegriffen zu denken und associiren, wie der Erwachsene: das abstracte Denken geht immer leichter und intensiver vor sich. „Die Verschiedenheit zwischen dem Kinde und dem Erwachsenen im Gegensatze von Individual- und Allgemeinassociationen tritt ganz erstaunlich hervor. Während Erwachsene in etwa 80 pCt. derart reagiren, dass das Reizwort selbst eine Allgemeinvorstellung und diese wieder eine solche nach sich zieht, herrscht beim Kinde ein genau entgegengesetztes Verhalten. Das Maass dieses Ueberwiegens ist ein absolutes und von erstaunlicher Grösse. In diesem Punkte — sagt Ziehen — ist die Ideenassociation des Kindes toto coelo von der der Erwachsenen verschieden".

Es konnte nun bei den Untersuchten der ersten Gruppe der Thatbestand einer derartigen kindlichen Associationsverknüpfung einerseits und einer Subjectivität etwaiger Erklärungsassociation anderseits deutlich nachgewiesen werden, und zwar bei dem Fall IV in vollem Umfange, bei den Fällen I und II in etwas geringerem, doch weitaus überwiegendem Grade. — Ein associativer Anschluss von Allgemeinvorstellungen an das Reizwort und eine Objectivität in den Erklärungen fand sich bei der ersten Gruppe nur ausnahmsweise vor. Die zweite Gruppe associirte im principiellen Gegensatze zur ersten mehr in Allgemeinvorstellungen. — Im associativen Verhalten bei den hier überraschend häufig auftretenden Erklärungsassociationen glichen die Vertreter dieser Gruppe (Fall IV und V) ganz und gar denen der ersten.

Es handelt sich somit in diesen Punkten um eine Persistenz kindlicher psychischer Energien bei den Jahren nach Vorgeschrittenen.

Aufmerksamkeit und Apperception. Bei der Untersuchung dieser Functionen konnte zwischen der ersten und der zweiten Gruppe ein wesentlicher Unterschied festgestellt werden.

Bei der ersten Gruppe war die Aufmerksamkeit reactiv rasch zu erregen: es erfolgte stets prompte Einstellung und Concentration. Die Auffassung, die sich mit dem Zustande der Aufmerksamkeit verknüpfte, war fast immer lebhaft affectbetont.

Die Reaction überdauerte den gesetzten Reiz nur kurz, es trat rasches Abklingen der Aufmerksamkeit ein, weshalb der Reiz öfter

Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

wiederholt werden musste, um die Reaction auf derselben Höhe zu erhalten. Sie waren für intercurrente Sinnesreize leicht ablenkbar, soferne sie nur kräftig genug waren. Es bestand durchwegs eine a priori mangelhafte Fähigkeit zur selbstthätigen Anspannung und Fortführung der erregten Aufmerksamkeitsgrösse.

Ein Nachdenken und Weiterführen eines einmal angeregten Ideenganges bestand nicht regelmässig.

Es wurde auf der Höhe des gesetzten Reizes der neu in's Bewusstsein aufgenommene Eindruck stets rasch und ausgiebig mit dem bereits vorhandenen Bewusstseinsmateriale verknüpft, also „aufgefasst", und wurden dabei folgerichtig ältere in Connex damit stehende Eindrücke reproducirt; die Verknüpfung mit dem reproducirten Materiale war gewöhnlich eine mehr äusserliche, dabei lebhaft sinnlich gefärbte. Eine „logische Werthung" (Groos) war hierbei nur angedeutet. Die Auffassung erfolgte in der Regel rasch und richtig, manchesmal nach dem Principe der „Aehnlichkeits-Apperception" (Groos), bzw. zufälligen äusserlichen Zusammenwirkens von Wahrnehmungen.

Bei der anderen Gruppe war die Aufmerksamkeit auch leicht zu erregen, doch waren bei der Einstellung derselben auf den betreffenden Gegenstand mehr oder minder starke Unlustgefühle zu überwinden.

Die Untersuchten waren bei der Aufbringung der geforderten Aufmerksamkeitsleistung anfänglich häufig leicht beklommen und gehemmt. Die Concentration war dafür eine anhaltende und wurde selbstthätig weitergeführt und unterhalten.

Die Assimilirung erfolgte unter logischer Mitwirkung des früher erworbenen geistigen Besitzthums; die Dürftigkeit an eigener „Lebenserfahrung" machte sich hierbei geltend und wurde als Insufficienz empfunden; es machte sich dadurch das Gefühl von Unsicherheit und das Bedürfniss nach einer Stütze geltend, es trat Skrupelhaftigkeit und Grübelsucht auf.

Belanglose, alltägliche Wahrnehmungen oder geläufige Eindrücke wurden von ihnen nicht so unbeachtet gelassen, wie von Erwachsenen; sie hatten Einfluss auf die Richtung der psychischen Vorgänge; sie konnten sich davon nicht so leicht losbringen wie Vollwerthige.

Bei Fall II und III war das Symptom der „Bestimmbarkeit der Aufmerksamkeit" (Kräpelin), wie es Kindern physiologisch zukommt, noch bis zu einem gewissen Grade persistent. Sie konnten von den Wahrnehmungen wichtige und unwichtige wohl unterscheiden, reagirten aber auf alle Eindrücke stets mit einer kindlichen Neugierde.

So konnten sie beim Erblicken eines bunten Bildchens oder einer Christbaumzierde von ernsteren und wichtigeren Beschäftigungen leicht

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

abgezogen werden, um sich mit „voller Seele“ diesem neuen Eindrucke hinzugeben. Wiederholt versicherten sie spontan, dass ihnen alles Neue grosse Freude bereite, jeder neue Eindruck sie ganz gefangennehme und ihnen als „wichtig“ imponire.

Auch das Sammeln bunter Bildchen, farbiger Papierstreifen und Flitterwerk entsprang der Neigung, Eindrücken, welche von Erwachsenen unbeachtet gelassen werden, grössere Aufmerksamkeit zu schenken und sich von untergeordneten Dingen „bestimmen“ zu lassen.

Gerade dieses Phänomen, dass untergeordnete, belanglose Eindrücke einen bestimmenden Einfluss auf die Richtung der psychischen Vorgänge auszuüben im Stande sind, ist eine hervorragende Eigenschaft der kindlichen Seele.

Gedächtnissleistungen — Erlernen. Die Untersuchungen auf Gedächtnissleistungen ergaben bei allen Untersuchten ein relativ günstiges Resultat.

Bei der reproductiven Thätigkeit ergab sich, dass das Erinnerungsvermögen sich in räumlich und in geringerem Maasse auch zeitlich fixirten Individualvorstellungen abspielte. Es tauchten hierbei die im Gedächtnisse niedergelegten optischen und akustischen Erinnerungsbilder mit einer gewissen sinnlichen Stärke wieder auf.

Das Reproduciren ging vielfach sogar mit einem Wiederaufleben der Nebeneindrücke nach Ort, Zeit und zufälligen Umständen vor sich.

Beispiele.	Fall III.
Geburtsjahr:	„1882“ — muss dabei lebhaft an ihren Taufschein denken, wo die Jahreszahl 1882 geschrieben steht.
Unser Welttheil:	„Europa“ — erinnert sich an den Lehrer, der, als sie zum ersten Male das Wort „Europa“ hörte, vor einer Wandtafel stand und mit einem Stabe darauf wies.
10 Gebote Gottes:	Zählt sie richtig auf; giebt spontan an, sie erinnere sich dabei immer lebhaft an die Bibel und speziell die Seite, wo Moses am Berge Sinai mit den zwei Gesetzestafeln abgebildet ist.
3 mal 12	„= 36“ — hat dabei das in ihrem Rechenbuche gedruckte grosse Einmaleins vor Augen.

Das Gedächtnis für ältere Ereignisse, für Namen, Zahlen und Daten aus früheren Zeiten sowie für längst vorher eingelernte Reihen ist bei sämmtlichen Untersuchten als ein günstiges zu verzeichnen.

Allerdings konnten hinsichtlich Gedächtnisstreue bei der ersten Gruppe mehrfach Fehler entdeckt werden, die auf additiven Zugaben (z. B. bei Anamnese!) und willkürlichen Verknüpfungen zeitlich und räumlich

Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

getrennter Erinnerungsbilder beruhten und Mangel an Selbstcontrolle verriethen.

Derartige Fehler in der Gedächtnisstreue durch Mangel an Selbstcontrolle kamen innerhalb der Gedächtnissleistungen bei der anderen Gruppe nicht vor.

Von einigen Untersuchten (A. und J.) wurde direct zuerkannt, dass die eigenen Zugaben manches Mal aus „Angst" vor dem Experimentator, manches Mal auch aus blossem und unbeabsichtigtem „Spielen" gemacht wurden. A. erwähnte unter Anderem, sie habe dies und jenes „nur so" gesagt, „es sei ihr gerade eingefallen" oder „besseres habe sie nicht gewusst".

Von merklichem Interesse gestaltete sich das Experiment der Reproduction der Christbaumfeier, vorgenommen etwa vier Wochen später an J., A. und W.

Die Erzählungen wurden getrennt vernommen und möglichst getreu niedergelegt. Alle drei Erzählungen differirten von einander ganz erheblich und wichen auch an und für sich in toto vom wirklichen Thatbestande ab. Am wenigsten sachgetreu erzählte A., etwas genauer J.

A. beschrieb Dinge, die überhaupt nicht vorhanden waren; behauptete, der Christbaum habe eine Höhe von fast 10 Metern gehabt und sei auf einem Tische gestanden.

J. giebt die Höhe mit 5 m an; der Baum sei direct am Boden gestanden und habe mindestens 1000 Lichter gehabt. Die Lichter hätten mehrere Stunden lang gebrannt. Sie behauptet, Früchte gesehen zu haben, die gar nicht vorhanden waren; der Schmuck des Baumes sei an alle Kinder und Erwachsene vertheilt worden; sie hätte nur einige kleine Bildchen bekommen.

Die Feierlichkeit, die in Wirklichkeit etwa eine Stunde in Anspruch nahm, hätte den ganzen Nachmittag und Abend angedauert; sie seien erst spät in der Nacht zum schlafen gekommen. Die „Erwachsenen" hätten Kleidungsstücke, Wäsche etc. bekommen, sie Naschwerk, was auch ihren Wünschen entsprach.

Eine bessere Gedächtnisstreue liess sich bei der zweiten Gruppe feststellen. Auch hier schlossen sich die reproductiven Daten häufig an Individualvorstellungen an. Die Betreffenden dachten mit Vorliebe in „Bildern". Bei den Gedächtnissproben ergab sich bei denselben eine anfängliche Unsicherheit; sie werden sogar bis zu einem gewissen Grade skrupelhaft, ob das sprachliche Reproducirte sich wohl mit den zur damaligen Zeit aufgenommenen Eindrücken decke, ob es sich in „Wirklichkeit so zugetragen habe". Dieses willkürliche Besinnen lief bei der zweiten Gruppe nicht so rasch ab, wie bei der ersten. Das Experiment

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hat hier auch die merkwürdige Thatsache zu Tage gefördert, dass der Neuerwerb an Gedächtnissmaterial in den letzten Jahren gegenüber den früheren Jahren ein relativ geringer war und dass die Apposition abstracter Vorstellungen mit dem Alter nicht Schritt gehalten hat. Man konnte ersehen, dass bei diesen Personen eine geringe Tendenz bestand, sich neue Begriffe zu schaffen, mit denen man — allgemein genommen — in der bewussten Altersstufe zu rechnen hat. Es bestand — wie sowohl W. als B. zugaben — fast ein Widerwille, sich von den kindlichen Vorstellungen loszumachen und den bisherigen Besitzstand an Vorstellungscomplexen qualitativ und quantitativ zu erweitern, bezw. umzuformen.

Das Besinnen bei der ersten Gruppe ging rascher, leichter, mit einer gewissen Lebhaftigkeit vor sich. Es mangelte dort sichtlich an jener kritischen Controlle der Erwachsenen, ob das Gesagte auch den Thatsachen entspreche bezw. ob kein Irrthum vorliege. J. ermangelte z. B. so ziemlich aller kritischen Hemmung bei der Reproduction seinerzeitiger Vorstellungsgruppen. Wichtig ist auch, dass die momentane psychische Verfassung während und nach der Aufnahme der Wahrnehmungen sammt dne Begleiterscheinungen für Art und Inhalt der Reproductionsleistung ausschlaggebend war. So hatten alle Affecterzählungen das Gepräge der einstigen — bei der Wahrnehmung stattgehabten — seelischen Einstellung. Charakteristisch ist in dieser Hinsicht die Wiedergabe eines mitgemachten Ereignisses bei J. (Fall III). Diese war Zeugin einer durch eine hysterisch erregte Mitpatientin einige Tage zuvor aufgeführten Szene. Die Wiedergabe wich von der Sachlage erheblich ab; bestand eigentlich in einer Beschreibung ihrer damaligen affectiven Verfassung, keineswegs in einer Darstellung des Sachverhaltes.

Die Untersuchungen der Merkfähigkeit, des Vermögens der Einprägung und Festhaltung frischer Eindrücke, ergab nachstehendes Resultat:

Es wurde die Prüfung in dem Sinne unternommen, dass sie bald ohne, bald unter gleichzeitiger Mitwirkung des vorhandenen intellectuellen Besitzstandes vor sich ging (Methode nach Meumann).

Es wurde zum Merken aufgegeben:

a) 12 geläufige Worte von concreter Bedeutung: (Löffel — Feder — Hut — Ofen — Kreuzer — Fenster — Tasche — Baum — Kugel — Finger — Rauchfang — Messing).

b) 8 fremdklingende Worte von concreter Bedeutung: (Spirale — Topas — Prisma — Monstrum — Rubin — Sterling — Fistel — Motor).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

c) 10 geläufige Worte von abstracter Bedeutung: (Ordnung — Kenntniss — Bildung — Friede — Muth — Ernst — Trauer — Versuchung — Unglück — Anfang).

d) 8 fremdklingende Worte von abstracter Bedeutung: (Modus — Analyse — Methode — Praxis — Charakter — Original — Rhythmus — Reform).

e) 3 längere mindestens 10silbige Worte von allgemein verständlicher Bedeutung: Donaudampfschiffschleppschifffahrtgesellschaft, Vormitternachts- und Nachmitternachtsnachtwächter, Häckselschneidemaschinenmesserschärfer).

f) 10 geläufige Frauennamen.

g) 8 mindergeläufige Frauennamen.

h) die erste Zeile von Homers Ilias — als Aneinanderreihung von 15 für die Untersuchten gänzlich unverständlichen Silben.

i) Die Abbildungen von zwei Seiten eines Bilderbuches: (Zange, Hammer, Bürste, Messer, Trichter, Handmühle, Krug, Topf, Tasse, Korb, Kübel — Löwe, Tiger, Elefant, Affe, Giraffe, Pferd, Esel, Dromedar).

k) 10 zweistellige Zahlen.

Die bekannt klingenden Worte und die Zahlen wurden nach Einhaltung entsprechender Pausen (2—3 Secunden) dreimal langsam vorgesagt, die fremdklingenden Worte und Silben fünfmal. Die Abbildungen wurden etwa 5 Secunden lang dem Blicke ausgesetzt. Die Untersuchten wurden bei bestmöglichster Disposition nach etwa 3 Minuten zur Reproduction aufgefordert. Auf günstige äussere Vorbedingungen beim Experimente wurde besonderes Augenmerk gelegt: Musse, Vermeidung von Uebermüdung, Hunger, Durst; Deutlichkeit in der Betonung etc.

(Siehe Tabelle S. 68 und 69.)

Das gemachte Experiment gab im Allgemeinen folgende Aufschlüsse:

Am besten wurden die geläufigen Worte mit concreter Bedeutung gemerkt, viel weniger gut die geläufigen Worte mit abstracter Bedeutung; am schlechtesten gelang die Wiedergabe fremdklingender Worte und unverständlicher Silbencomplexe.

Im Allgemeinen gelang auch die Reproduction optischer Erinnerungsbilder besser als acustischer. Bei den Fällen I, II und III erfolgte Zuthat ganz neuer Worte, insbesondere bei Wiedergabe der abstracten Worte und fremdklingenden Namen; viel seltener konnte solches bei Wiedergabe der optischen Eindrücke und der gut verständlichen Worte mit concreter Bedeutung constatirt werden. Die Zuthat neuer Worte erfolgte theils nach Klangähnlichkeit, theils nach wohlgeübten associativen Verknüpfungen (z. B. Anfang — Ende), z. Th. auch nach Synonymität (Kamin

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

statt Rauchfang, Sack statt Tasche). Es konnten auch ganz willkürlich erfundene **Zuthaten** — ohne inneren oder äusseren Zusammenhang mit dem **Wahlworte** — beobachtet werden (bes. bei Fall II).

Bei den Fällen IV und V erfolgten solche Zuthaten nicht.

Bei diesen beiden Fällen (zum Theil auch beim Fall I und III) ging die Aufnahms- und die Reproductionsthätigkeit mit depressiven Affecten einher, nämlich mit Unlustempfindungen, mit dem Gefühl eigener Insufficienz, manchmal mit directem Rathlosigkeitsaffect. Es zeigte sich ein Unvermögen, die ganze aufgegebene Wort-, Silben- und Zahlenreihe rasch mittels Auffassungskraft und mittels Gedächtniss zu umspannen. Die Wiedergabe des einmal Umspannten gelang dann bei Fall IV und V allerdings, wenn auch etwas schleppend, doch relativ gut; fast alles in's Gedächtniss Eingeprägte konnte wiedergegeben werden.

Diese — trotz hinlänglich bestehender Aufmerksamkeit — eingeengte Apperceptions- und Umspannungsenergie ist mit der gleichzeitigen Verstimmung als die Ursache anzusprechen, dass die ausgelassenen Wahlworte etc. nachträglich nicht reclamirt werden konnten. Die Prüfung des Wiedererkennens der Auslassungen wurde derartig veranstaltet, dass das betreffende Wort (bezw. Zahl, Abbildung) unter einer Reihe anderer hereinpassender Worte einmal unauffällig hergesagt wurde und die Versuchsperson die Frage erhielt, ob unter diesen vorgesagten Wörtern sich das ursprüngliche Wahlwort befunden habe.

Zur Feststellung der Gedächtnissleistungen wurden ferner leichtfassliche Lesestücke und Gedichte zum Auswendiglernen aufgegeben.

Die Lösung erfolgte — nach Ueberwindung sehr oft und intensiv auftretender anfänglicher Hemmungsgefühle — überraschender Maassen in der Art, dass Satz für Satz, ja Zeile für Zeile mechanisch gelernt wurde. Gedichte wurden Strophe für Strophe gelernt. Das Pensum wurde — nach eigenen Aussprüchen der Versuchspersonen — derartig eingetheilt, dass Vormittags 1—2 Strophen bezw. eine Zeilenreihe und Nachmittags wiederum 1—2 Strophen bezw. eine Zeilenreihe zugelernt wurden.

Ein rationelles Vorgehen, nämlich wiederholtes Durchlesen zu Anfange, um den Inhalt des Lernstoffes kennen zu lernen und festzuhalten, fehlte bei Allen. Alle fünf Versuchspersonen setzten sich zum Lernen hin, ohne den Inhalt des Lernstoffes zu kennen. Der Lernstoff selbst wurde in unlogischer und unökonomischer Weise nach äusserlichen Momenten abgetheilt (z. B. Abschluss einer Seite), ohne vorher den Zusammenhang des Gelernten mit dem noch zu Lernenden geprüft zu haben.

Ganz bemerkenswerth sind hierbei die spontanen Angaben W.'s und B.'s, es sei ihnen der Lernstoff anfänglich zu gross vorgekommen, dass

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

	Fall I.	Fall II.
ad a	6 Worte richtig wiedergegeben; darunter nur die ersten 3 in der vorgesagten Reihenfolge, die übrigen durcheinander; 1 Wort neu hinzugefügt. — Bei nachträglichem Vorsagen promptes Wiedererkennen der ausgelassenen Worte.	5 Worte richtig wiedergegeben, sämmtliche durcheinander; 1 Wort neu hinzugefügt. Promptes Wiedererkennen der ausgelassenen Worte bei nachträglichem Vorsagen.
ad b	4 Worte richtig wiedergegeben; keine Einhaltung der Reihenfolge; 1 Wort entstellt, 1 Wort nach Klangähnlichkeit neu hinzugefügt. — Bei 2 Worten kein Wiedererkennen.	3 Worte richtig wiedergegeben, keine Reihenfolge, 1 Wort entstellt, 1 Wort nach Klangähnlichkeit hinzugefügt. Bei drei Worten kein Wiedererkennen.
ad c	5 Worte richtig wiedergegeben, keine Einhaltung der Ordnung; 5 Worte ganz willkürlich hinzugefügt (abstracte und concrete). — Bei 3 Worten kein Wiedererkennen.	4 Worte richtig wiedergegeben (Trauer, Unglück, Versuchung, Anfang) nach Aehnlichkeit, 1 Wort neu hinzugefügt (auf „ung“ endigend, „Untersuchung“). — Kein Wiedererkennen.
ad d	1 Wort richtig wiedergegeben, 1 Wort nach Klangähnlichkeit hinzugefügt (statt Reform — enorm). — Bei den übrigen Worten kein Wiedererkennen.	3 Worte richtig wiedergegeben (Praxis. Original, Charakter). — „Reformkleid“ anstatt „Reform“ — 1 Wort (= „Rhythmus“) nachträglich wiedererkannt.
ad e	Alle 3 Worte konnten richtig wiedergegeben werden.	Die ersten 2 Worte richtig. Vom 3. Wort: „Schneidemesserschärfer“.
ad f	9 Namen richtig wiedergegeben, z. Th. mit Beibehaltung der Ordnung; keine falschen Zugaben; promptes Wiedererkennen des ausgelassenen Wortes.	5 Namen wiedergegeben, die ersten 3 und die letzten 2. — Die dazwischen liegenden werden prompt wiedererkannt.
ad g	4 Namen richtig — ohne die Reihenfolge beizubehalten — wiedergegeben: zwei fremde Zuthaten; zwei Mal kein Wiedererkennen.	4 Namen richtig, keine Reihenfolge; 3 fremde Zuthaten (nach Klangähnlichkeit), zwei Mal kein Wiedererkennen.
ad h	Totale Fehlreaction mit Rathlosigkeitsaffect.	Totale Fehlreaction, kein Erfassen des Rythmus: spricht einige dem Klange nach ähnliche Silbenverbindungen nach. — Wiedererkennen vorhanden.

Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Fall III.	Fall IV.	Fall V.
4 Worte richtig wiedergegeben, drei Worte neu hinzugefügt (und zwar nach geläufigen associativen Verknüpfungen: Kreuzer — Gulden, Löffel — Gabel, Finger — Daumen). Für „Finger" kein Wiedererkennen.	7 Worte richtig wiedergegeben, die ersten 5 in der richtigen Reihenfolge: kein Hinzufügen fremder Worte. — Bei einem Worte kein Wiedererkennen.	6 Worte richtig wiedergegeben, alle in der richtigen Reihenfolge. — Für 3 richtiges Wiedererkennen, für 3 nicht. — Keine Zuthat fremder Worte.
1 Wort richtig wiedergegeben, 3 Worte verstümmelt, (Fistel — Mistel, „ein Wort mit — bass", Spirale — Spinnradel). — Keine Affectveränderung!	4 Worte richtig wiedergegeben, die ersten 2 in der richtigen Reihenfolge; bei den letzten 2 Worten kein Wiedererkennen. Kein Hinzufügen neuer Worte.	Die ersten 3 Worte richtig wiedergegeben, die anderen nicht einmal dem Klange nach wiedererkannt. Depressiver Affectausbruch!
2 Worte wiedergegeben, 1 Wort (concret!) neu hinzugefügt. Ein Wort (abstract) neu hinzugefügt: „Anfang und Ende", „Bilder".	5 Worte ohne vorgesagte Reihenfolge richtig wiedergegeben, 2 abstracte neu hinzugefügt („Tod" und „Ruhe").	4 Worte richtig: Ordnung, Versuchung, Anfang, Unglück. Ein Wort neu hinzugefügt: „Ausdauer". — Kein Wiedererkennen.
2 Worte wiedergegeben, 2 Worte werden beim nachträglichen Vorsagen mit klangähnlichen Worten verwechselt („Mode", „Quirinal").	4 Worte richtig wiedergegeben (Praxis, Charakter, Reform, Analyse). Bei 2 Worten richtiges Wiedererkennen; keine Zuthat.	Die ersten 4 Worte richtig wiedergegeben, danach Fehlreaction ohne neue Zuthat. Unlustaffect.
Die ersten 2 Worte richtig. Vom 3. Worte „Was von einem Messer zum Schneiden".	Alle 3 Worte richtig.	Alle 3 Worte richtig.
6 Namen richtig. — 2 Zuthaten, leichte Correctur — Promptes Wiedererkennen.	Alle Namen richtig, die ersten 5 mit Beibehaltung der Ordnung.	8 Namen richtig. Lässt sich bei den letzten zwei leicht daraufhelfen. Keine Zuthat.
5 Namen richtig: die ersten 2 und letzten 3. — 2 fremde Zuthaten nach Aehnlichkeit (keine Correctur), für 2 kein Wiedererkennen.	6 Namen richtig; in richtiger Reihenfolge wiedergegeben, die übrigen nicht ins Gedächtniss einzuprägen vermocht; auch kein sicheres Wiedererkennen mehr; keine Zuthat.	6 Namen richtig, die ersten vier in richtiger Reihenfolge. — Die übrigen nicht zu merken vermocht. — Keine Zuthat, kein Wiedererkennen.
Fehlreaction, Verstümmeln des Rhythmus; es werden die Anfangssilben richtig wiedergegeben, dann aber klangähnliche Silbenverknüpfungen.	Erste Hälfte wird richtig in richtigem Rhythmus nachgesagt; die zweite Hälfte wird in richtigem Rhythmus verstümmelt wiedergegeben.	Fehlreaction, kann nur die ersten 3 Silben wiedergeben: „menina" und die letzten 2 „eos". Wiedererkennen nach einiger Unsicherheit eingetreten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

	Fall I.	Fall II.
ad i	S. 1. 8 Abbildungen prompt wiedergegeben, 1 fremde Zugabe; Correctur dieses Fehlers. Promptes Wiedererkennen nach Hören der Bezeichnung. S. 2. 5 richtig, keine Zuthat.	S. 1. 8 Abbildungen prompt wiedergegeben, 1 fremde Zuthat. — Kein Wiedererkennen. S. 2. 6 richtig, 1 Zuthat.
ad k	6 Zahlen werden mit der Beibehaltung der Reihenfolge am Anfange richtig hergesagt. Sonst kein Fehler.	5 Zahlen werden richtig, davon die ersten 3 mit Beibehaltung der Reihenfolge wiedergegeben; 2 ganz willkürliche Zuthaten; kein Wiedererkennen.

sie ihn nicht überblicken zu können vermeinten. — W. gab direct an, sie getraue sich gar nicht auf einmal, das Ganze herunter zu lernen, sondern wage es nur Absatz zu Absatz im Kopfe zu behalten.

Die genauere Nachprüfung der Art der Erwerbung des seit Kindheit in den Besitzstand übergegangenen Gedächtnissmateriales ergab die Thatsache, dass sich dieselbe ziemlich elektiv nach den Normen des Associationstypus vollzog. Gut festgehalten wurden eigentlich nur Daten, Begebenheiten, Namen, Wörter, Zahlen, Formen etc., die sich an bestimmt fixirte Individualvorstellungen anschlossen. Die übrigen Eindrücke wurden vielfach leicht und gänzlich vergessen. So z. B. konnten die Untersuchten Citate, Räthsel, complicirte Figuren sich nicht merken.

Eine instinctive Abneigung hatten sie gegen Vorstellungscomplexe, die einander ähnlich waren und durch eine verborgene Pointe sich von einander unterschieden. Gerade das Moment des Differenzirens und schärferen Contourirens zweier einander ähnlicher Vorstellungscomplexe verursachte stets Schwierigkeiten und Unlustgefühle. Von allen Wahrnehmungen suchten sie sich durch complicirte Individualvorstellungen „ein Bild“ zu machen, durch dessen Vermittlung sie sich erst einen mehr oder minder scharfen Begriff von der betreffenden Wahrnehmung schaffen konnten, die aber dann auch fest im Gedächtniss eingeprägt blieb. Das Denkenmüssen in „ähnlichen“ Begriffen wirkte auf sie hemmend, verwirrend.

Die Gruppe II der Versuchspersonen hatte übrigens die skrupelhafte Tendenz über derlei Begriffe nachzugrübeln. Nach eigener Angabe fragten sie gerne reife Personen nach Unterschieden: z. B. Sitte — Gebrauch; Gesetz — Verordnung — Bestimmung; Verdienst — Löhnung;

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall III.	Fall IV.	Fall V.
S. 1. 6 richtig, 2 Zuthaten, vermag sie zu corrigiren. — Wiedererkennen bei einer Abbildung fehlend. S. 2. 6 richtig, 1 Zuthat ohne Correctur.	S. 1. Alle 10 richtig wiedergegeben (sehr langsam) mit zweimaligem Daraufhelfen. S. 2. Alle richtig.	S. 1. Alle 10 richtig, 1 mal daraufhelfen. S. 2. Alle richtig.
4 Zahlen richtig wiedergegeben, 2 Zuthaten. — Kein Wiedererkennen.	7 Zahlen werden richtig wiedergegeben, die ersten 3 der Ordnung gemäss. Keine Zuthat. Kein Wiedererkennen der ausgelassenen Zahlen.	6 Zahlen richtig wiedergegeben, die ersten 3 der Ordnung gemäss. — Keine Zuthat. Wiedererkennen unsicher.

Ende — Ausgang; Land — Provinz; Reich — Staat — Monarchie; Nebenfluss — Zufluss; Gas — Dampf — Rauch etc.

Alle diese experimentell gewonnenen Aufschlüsse boten vielfach Analogie und Verwandtheit mit Phänomenen der normalen Kindesseele.

Den Beobachtungen von Ebbinghaus über das Umspannungsvermögen längerer Reihen bei Kindern und Erwachsenen gemäss können die Gedächtnissleistungen unserer Untersuchten mit den Durchschnittsleistungen 8—12jähriger Kinder in eine Linie gebracht werden.

Die von Ebbinghaus aufgestellte Thatsache, dass der Hauptfortschritt in den Gedächtnissleistungen im Alter von 13—15 Jahren — also in den Präpubertätsjahren — statthabe, scheint sich hier nicht verwirklicht zu haben. Approximativ kann ausgesagt werden, dass die Untersuchten nicht mehr als über ein Drittel der Gedächtnissenergie verfügten, als wie Erwachsene in Durchschnittsbreite. Die mechanische Gedächtnisskraft blieb hinter der gleichzeitig an gleichaltrigen Erwachsenen erprobten wesentlich zurück, ein Umstand, der völlig die von Ebbinghaus aufgestellte Norm bestätigte.

Der etwaige Einwand, dass allenfalls ein geringerer Concentrationsgrad der activen Aufmerksamkeit die Ursache dieses Phänomens abgeben könnte, trifft bei drei Versuchspersonen gewiss zu (I. Gruppe). — Bei den Versuchspersonen der II. Gruppe konnte ein derartiger Defect nicht constatirt werden, zumal die Sammlung und die Einstellungsenergie eine zur Bewältigung der gestellten Aufgaben stets hinreichende war.

Allerdings muss hier betont werden, dass von dieser Aufmerksamkeitsenergie durch das fast typisch sich einstellende Unlustgefühl für den Effect manches verloren ging.

Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Der Umstand, dass den Untersuchten die practische Gewandtheit im Auswendiglernen und das richtige Disponiren über den zu beherrschenden Lernstoff mangelte, liess auf eine a priori bestehende psychische Eigenart schliessen, die in der Regel den Kindern zukommt.

Die Untersuchten konnten sich auf ihr mechanisches Gedächtniss allein nicht verlassen, d. i. auf die reine Fixirung einer Reihenfolge von optischen und acustischen Eindrücken, sie verfügten aber auch nicht über den wichtigsten Lernbehelf, nämlich über die logische Entwicklung des Lernstoffes.

Nur durch Bildung eigenartiger, mit der ganzen Persönlichkeit in Einklang stehender individueller Vorstellungen war es ihnen einigermaassen ermöglicht, über den Lernstoff Herr zu werden und nach dessen endgültiger Einverleibung Controlle zu üben.

Daher auch die übereinstimmenden anamnestischen Angaben von erschwertem Erlernen während der Schulzeit und späterhin.

Für die allerletzte Zeit hatten sie gewiss einen Neuerwerb von Gedächtnissmaterial zu verzeichnen, ein solcher kam jedoch langsam zustande und mehr elektiv, insoweit er nämlich mit dem bisherigen Bewusstseinsinhalte in Einklang stand.

Begriff, Urtheil, Schlussbildung. Während mit dem zunehmenden Alter — ein physiologisch adäquater geistiger Neuerwerb vorausgesetzt — die Zahl der Begriffe wächst, formen sich diese auch um, verlieren immer mehr die ursprüngliche sinnliche Componente und verallgemeinern sich, um schliesslich der Ausdruck eines bleibenden Ideencomplexes zu werden. Durch die enge Verknüpfung mit einer concisen sprachlichen Bezeichnung erhalten die Begriffe auch eine scharfe Umgrenzung.

Dieser physiologische Werdegang der Begriffsbildung zeigt in unseren Fällen einen Stillstand auf einer gewissen Entwickelungsstufe. Die Loslösung der sinnlichen Componente ist nicht oder nur theilweise von statten gegangen; es besteht noch der enge Anschluss an Sachvorstellungen und Einzeleindrücke. Die Untersuchten besitzen noch nicht die volle Fähigkeit, Gemeinsames herauszulösen, zu verknüpfen und zu fundiren, es geht ihnen die Verallgemeinerungstendenz ab. Sie entbehren des richtigen Begriffsgefühles, nämlich der Empfindung jener Erkenntniss, dass der Begriff im Gegensatze zur Sinneswahrnehmung das Wesen erfassen, herausheben und fixiren soll um einen eindeutig bestimmten Theil des Bewusstseins darzustellen (George).

Die „Begriffe“ sind hier unentwickelt, wenig festgehalten, mehrdeutig, verschwommen, eben kindlich, und sind nur spärlich mit be-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stimmten sprachlichen Bezeichnungen verknüpft. Wie es an fertigen Begriffen fehlt, fehlt es auch an entsprechenden Symbolen.

Demgemäss ist es verständlich, dass hier auch eine Insufficienz für Begriffsoperationen (Wundt) bestehen muss. Bei einigen geht diese Unzulänglichkeit mit einem entsprechenden Begleitgefühle einher, das ist Unlust und Verstimmung.

Die Begriffsbildung vollzieht sich hier analog wie bei den Kindern hauptsächlich durch öfteres Wahrnehmen und Wiedererkennen, d. h. durch Reproduction früherer stärker betonter sinnlicher Eindrücke.

Handelt es sich um abstracte Begriffe, so besteht dort wie hier eine starke Neigung, Abstractes auf eine concrete Basis zu projiciren. (Z. B.: Was ist „Anfang"? „Das eine Ende eines Centimetermaasses". „Verstand?" „Verstand ist das, was die Herren Doctoren haben".) Durchwegs findet man bei unseren Untersuchten die Vorliebe des Abstracten mit bestimmten Eigenschaften und Verrichtungen und Bezweckungen von Personen und Gegenständen in enge Gemeinschaft zu bringen.

Für eine Reihe von abstracten Begriffen, mit welchen die Untersuchten entsprechend ihrem Alter im Leben zu rechnen haben, besteht bei Gruppe II ein directer Widerwillen, sich mit ihnen vertraut zu machen; der Grund dieser Thatsache liess sich zwanglos in dem Umstande finden, dass die Betreffenden keine Handhaben hatten, die Begriffe in ihrer Weise auf eine concrete Basis zu stellen.

Ein charakteristisches Moment zur Beleuchtung der Art der Begriffsbildung ist eben die mehrfach constatirte Tendenz, Grössenverhältnisse, für welche die Menschen im gegebenen Alter ansonst eine richtige Einschätzungsgabe besitzen müssen, zu überschätzen. Dies ist ein Zug, welcher der kindlichen Seele in hohem Maasse eigen ist. Kinder überschätzen in ihrer eigenen Art fast Alles: „Sehr grosser Fluss" — himmelhohes Haus" — „sehr reiche Leute" — „vieltausend Kerzen am Christbaum" etc. Eine der Untersuchten (Fall St.) behauptete, der Mensch habe mindestens 100 Liter Blut im Leib. Ein zweistöckiges Haus sei einige 100 Meter hoch (Fall W.).

Von der Zahl 10000 hatten Alle keinen richtigen Begriff und bezeichneten sie als unendlich gross! Sie fühlten sich sozusagen zu klein diesem Begriffe gegenüber. Eine (A.) sagte geradezu, so etwas gehe über ihre Begriffe! J. behauptete, ein Haus in der Stadt koste wohl 1 Million Gulden, wobei sie wusste, dass 1 Million gleich tausend mal tausend bedeute. Sie alle hatten die Empfindung, als ob grosse Zahlen sie nichts angingen, daher sie es vermieden, sich damit zu beschäftigen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

J. und A. bestätigten es mit dem Ausspruche „so etwas brauchen wir nicht".

Die Prüfung derjenigen psychischen Vorgänge — die gemeiniglich unter dem Ausdrucke Urtheil zusammengefasst werden — ergab ebenfalls Bemerkenswerthes.

Wird der Satz vorausgeschickt, dass der Gegenstand eines Urtheiles auch stets Gegenstand von Vorstellungen sein müsse, dass also etwas, was nicht vorgestellt werden kann, auch niemals Gegenstand eines selbstthätigen Urtheiles sein könne, darf es nicht Wunder nehmen, dass hier eine weitgreifende Unzulänglichkeit zu Recht bestehen muss.

Einfache Urtheile, soweit sie in dem erworbenen Kenntnisschatze niedergelegt sind, und gewohnheitsmässig wiederkehrende Reproductionen älterer Ideenverknüpfungen vorstellen, sind zur Genüge vorhanden und sind auch vielfach durch eigene Ueberzeugung erworben. Diese Urtheile haben dann hauptsächlich concrete Vorstellungen zur Basis.

Die Urtheile rein abstracten Inhaltes lehnen sich bei Gruppe I an die Urtheile anderer Menschen an, sind von diesen auf „guten Glauben" übernommen und in den Kenntnissschatz einverleibt worden. Sie sind dann fast durchwegs affirmativ und kategorisch: S ist P. Der Neuerwerb solcher abstracter Urtheile, d. i. die Uebernahme eines fremden eben vernommenen Urtheilspruches geschieht hier, wie die tagtägliche Beobachtung lehrte, ohne alle kritische Prüfung, ohne eigenes Calcül. Sie wurden vermöge der Gedächtnissleistungen festgehalten und konnten auch richtig reproducirt werden, doch imponirten sie stets als etwas Aufgepfropftes. Die Fähigkeit zu einer selbstthätigen „raschen und sicheren Einordnung neuer und überraschender Erfahrungen an endgültiger Stelle, das ist in die entsprechenden Erfahrungskategorien", welche Hocke als Maass des Urtheilsvermögens reifer Erwachsener aufstellt, erreicht hier nicht den nöthigen Schwellenwerth und gestattet dadurch einen Rückschluss auf die bestehende Unreife.

Bei der zweiten Gruppe war die Uebernahme neuer Urtheile nicht eine bedingungslose (Fall B. und W.). Diese beiden letzteren schwankten anfänglich, dachten darüber nach, nahmen sie aber schliesslich auf gutes Vertrauen hin an. Während A., St. und J. fremde Urtheile ohne eigentliche Assimilation in den vorhandenen Bewusstseinsinhalt übernahmen, war bei W. und B. ein Assimilationsvorgang vorhanden; er blieb jedoch mehr rudimentär, keineswegs zum erforderlichen Maasse heranreichend.

Im selbstthätigen Bilden neuer noch nicht geläufiger Urtheile aus neuen Situationen heraus — also Urtheilsfällung als Ergebniss einer Schlussbildung — zeigten sich unsere Fälle theils rasch fertig, kindlich-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unreif und unüberlegt, theils unsicher, schwankend, ängstlich und skrupelhaft.

Denselben Zug des Unreifen und Unvollendeten besitzen die von den Untersuchten gelieferten Definitionen und Beschreibungen.

Eine vollständige und geordnete Aufzählung der wesentlichen Merkmale irgend eines gut geläufigen (concreten) Begriffes — wie solches in einer Definition gefordert wird — gelang nur ausnahmsweise, am besten noch bei B. So bracht es nur dieser letztere allein zusammen, den Begriff Hausthier in seine charakteristischen Eigenschaften zu zerlegen.

Von Definitionsfehlern kehrten bei allen typisch die folgenden wieder: Die Definitionen waren zu weit bemessen, sie umfassten vielfach blosse Aufzählungen von Beispielen (z. B. J. die Hausthiere sind Thiere wie z. B. Katze, Pferd, etc. oder waren leere Tautologien.

z. B. Sonne: „Ist das, was am Himmel scheint“ (St.).
„Ist das, was nur bei Tag scheint“ (A.).
„Was auf uns untergeht und leuchtet“ (J.).
„Ein Himmelskörper, wie es so viele giebt (W.).
„Was am Himmel ist, Licht und Wärme giebt, im Sommer vielmehr als im Winter“ (B.).

Würfel: „Was eckig ist und gleiche Seiten hat (A.).
„Etwas zum Spielen“ (J.).
„Ein weisser Gegenstand mit gleichen Seiten“ (W.)
„So ein Ding, das lauter gleiche Flächen hat, die man Quadrate nennt“ (W.).

Die Schilderungen und Beschreibungen, die die Betreffenden über einen Gegenstand, bezw. ein Vorkommniss schriftlich abzugeben hatten, waren durchweg mittelmässige „Schüleraufsätze“.

Alle fünf Untersuchungspersonen ohne Ausnahme vermochten nicht die wesentlichen Eigenschaften von den zufälligen zu trennen. Die Fähigkeit des Abstrahirens, des Absehens von nebensächlichen, inconstanten, zufällig beobachteten Merkmalen fehlt ihnen.

Z. B. Beschreibung des Pferdes: „ . . . es geht durch, wenn man es nicht fest am Zügel hält“ (A.).

Beschreibung eines Kronenstückes: „ . . . . . reiche Leute habe Kronen . . . . ., ist schwer zu verdienen . . . . . die glänzenden Kronen habe ich lieber als die alten . . . . . man kann sie leicht verlieren . . . (J.). Beschreibung des Grazer Schlossberges: „ . . . . hat viele Bäume . . . . . man kann überall hinaufgehen . . . . . er ist sehr hoch . . . . oben ist ein hoher Thurm . . . . . ich war noch niemals droben . . . . er ist für grosse Leute . . . . . es hat der Blitz eingeschlagen (St.).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Was das Schlussbildungsvermögen bei unseren Fällen anbetrifft, liess sich feststellen, dass fast alle Schlussbildungen, welche sozusagen unbewusst aus dem Alltagsleben heraus gebildet wurden, die Tendenz hatten, vom Besonderen zum Besonderen mit Ausschaltung des Allgemeinen zu gehen. Solche Analogieschlüsse sind es auch, aus denen sie ohne Ausnahme ihre „spontanen" Urtheile zu schöpfen pflegten. Eine Tendenz, vom Besonderen zum Allgemeinen zu gehen (also Inductionsschlüsse) ist nicht besonders entwickelt, weder bei den Vertretern der ersten, noch der zweiten Gruppe. Die Schlussbildungen — bezw. Schlussfolgerungen — die sich dem Gesagten gemäss innerhalb des perceptiv gut greifbaren Besonderen abspielen, sind logisch genommen bei Gruppe I Gewissheitsschlüsse (kategorische Schl.) bei Gruppe II Gewissheits- und Wahrscheinlichkeitsschlüsse.

Die Analogieschlüsse, welche folgern lassen, dass zwei gesonderte ähnliche Dinge mit einem oder mehreren gleichen Merkmalen auch in allen übrigen Punkten gleiche Merkmale besitzen müssen, gehen bei der ersten Gruppe mit dem Begleitgefühle der Gewissheit vor sich: es muss so und nicht anders sein.

Das Begleitgefühl der Wahrscheinlichkeit, dass es so sein kann, aber nicht muss, lässt sich bei der ersten Gruppe de facto nur in untergeordnetem Grade nachweisen.

Beispiele spontaner Schlussfolgerungen.

Fall J. und St.

Es befindet sich an der Männer- und an der Frauenabtheilung der Anstalt am Gange ein Aquarium mit Fischen. Obwohl J. und St. nur das Aquarium der Frauen sahen, schlossen sie dennoch mit Gewissheit, dass das Aquarium der Männer auch Fische und zwar Goldfische haben müsse.

Schluss: Frauen . . . . . Aquarium hat Goldfische — . . . .
Männer haben auch ein Aquarium — . . . . . .
„Männeraquarium hat daher auch Goldfische".

b) Fall A. und S.

Wärterin N. war eine grosse, starke Person und war dem Wachzimmer zugewiesen . . . . Nach deren Entlassung wird Wärterin M., eine ebenso grosse und starke Person aufgenommen . . . .

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schluss: „Wärterin M. muss in's Wachzimmer kommen, weil sie auch ebenso wie Wärterin N. gross und stark ist". Uebrigens erfolgte hier von A. und J. der Inductionsschluss: „Alle grossen und starken Wärterinnen müssen dem Wachzimmer zugetheilt werden, und von diesem Schlusse abgeleitet: „In's Wachzimmer kommen keine kleinen und zart gebauten Wärterinnen".

c) Fall St.

Im Krankenzimmer, in dem St. untergebracht war (vier Betten), lagen zufällig vier kleine und schwächliche Personen.

1. Schluss: „Kleine und schwächliche Personen werden eher krank als grosse" (Inductionsschluss).

2. Schluss: „Die Nachtwächterin ist klein und zart; also muss sie einmal krank werden".

3. Schluss: „Ich selbst bin klein und zart; also werde ich auch einmal so krank werden" (Analogieschluss).

d) Fall J.

Die regelmässige Visite an der Frauenabtheilung macht zufällig der an Statur grösste Arzt der Abtheilung. J. hört, dass auch an der Männerabtheilung der die Visite machende Arzt der grösste unter den Aerzten dieser Abtheilung sei.

1. Schluss: „Nur der grösste Arzt darf in der Anstalt Visite machen".

2. Schluss: Prämisse: „Visite machen kann nur der tüchtigste Arzt".

„Hierorts machen nur die grössten Aerzte Visite".

„Die grössten Aerzte der Anstalt sind tüchtiger als die kleinen", eine Schlussfolgerung, die J. ihrer Zimmernachbarin mittheilt.

Beispiele experimenteller Schlussfolgerungen:

Schluss: Alle Steinkohlen sind verbrennbar. Alle Steinkohlen sind Steine. — —

„Es giebt verbrennbare Steine" (B. und W.).

„Steinkohlen sind verbrennbare Steine" (J.).

„Steinkohlen sind Steine und verbrennen" (A.)

Kein Schluss (St.).

Schluss: Alle Katzen sind Säugethiere. Alle Säugethiere sind Warmblüter. — —

(NB. Es wurde der Ausdruck Warmblüter dahin erklärt, dass es Lebewesen mit warmem Blute seien zum Unterschied von Lebewesen mit kaltem Blute z. B. Fischen.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„Alle Katzen sind Warmblüter“ (B.).
„Katzen sind Säugethiere und Warmblüter“ (W.).
„Die Katze hat warmes Blut“ (J.).
St. wiederholt den Obersatz.
„Alle Katzen haben warmes Blut“ (A.).

Schluss: Alle Katzen sind Warmblüter. — —
Alle Katzen haben Krallen. — —
„Warmblütige Thiere können Krallen haben“ (B.).
„Einige Thiere mit warmem Blute wie z. B. Katzen haben Krallen (W.).
„Katzen sind warmblütige Thiere mit Krallen“ (J.).
dto. A.
Kein Schluss (St.).

Schluss: Alle Säugethiere sind Warmblüter — —
Alle Vögel sind auch Warmblüter — —

„Vögel und Säugethiere sind Warmblüter“. B. und W.
Desgleichen. J. und A.

Schluss: Einige Wasserthiere sind Säugethiere. — —
Alle Säugethiere sind Warmblüter. — —

„Einige Wasserthiere haben warmes Blut“. (B.)

Ein Gefühl für richtige Schlussbildung ist bei Gruppe I und II gewiss anzutreffen. Absichtlich vorgebrachte Fehlschlüsse wurden als störend empfunden. Sophismen standen sie jedoch rathlos gegenüber; hier zeigten sie evidentes Unvermögen zu streng logischem Denken.

Häufig begnügten sich die Untersuchten mit einer blossen Zusammensetzung beider Prämissen als Schlussfolgerung. Solches kam ungleich häufiger bei Gruppe I vor; hier war das Gefühl für richtige Schlussbildungen allerdings weniger gut ausgeprägt, als bei Gruppe II.

Die Fehlschlüsse, die sie spontan und experimentell begingen, beruhten in erster Linie auf dem mangelhaften Abstractions- und Urtheilsvermögen, weshalb die Mittelbegriffe sich nur selten in der erforderlichen logischen Strenge deckten, ferner in falschen Inductionen durch Ignoriren thatsächlicher concreter Fälle, endlich in der Verwerthung zu oberflächlicher Analogien. —

Einbildungskraft, combinatorische Thätigkeit derselben. (Phantasie.)

Bei A. und bei J. konnte man dieses Elementarphänomen als lebhaft entwickelten Zug im Binnenleben erkennen. Sie verarbeiteten das ihnen zu Gebote stehende Gedächtnissmaterial oftmalig in eigenartiger,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ganz und gar der Kindesseele eigenen Weise u. s. w., ohne Einsicht und ohne Begleitgefühl, sich vom Boden der Wirklichkeit losgelöst zu haben. Sie liebten es geradezu bei günstigen Gelegenheiten, Wahres und Erfundenes zu combiniren, Vorstellungsgruppen zu trennen und frei zu verknüpfen; sie äusserten dann rückhaltslos das daraus entstandene lose Product. Bei besonders bewegenden Anlässen gewannen bei ihnen die Einbildungsvorstellungen fast sinnliche Stärke, auch wenn sie der Thatsache widersprachen.

Demgemäss bestand eine Lieblingsbeschäftigung darin, Märchen, Sagen und Erzählungen aus religiösem Gebiete zu lesen, zu hören und sich einander mitzutheilen, aber auch in Spukgeschichten, in Schilderungen von Krankheiten, Gefahren und Schrecknissen sich einzulassen. Das letztere war ein Lieblingsthema der A., auch der St.

Dieser Zug war bei den beiden Genannten derart ausgeprägt, dass sie das gesunde Urtheil und die Fähigkeit für richtige Aussagen schädigten; er trat bei Aufforderungen, bestimmte Aussagen zu machen (z. B. anamnestische Daten zu geben), besonders deutlich zu Tage, ohne dass bis auf Ausnahmen eine Absicht für bewusste Unwahrheiten hierfür vorlag. (Siehe weiter unten.)

Bei den Untersuchten W. und B. war dieser Zug nach einer anderen Seite hin entwickelt. Nach ihren eigenen Angaben hatten dieselben das Bedürfniss, sich durch die Einbildungskraft „zu erholen". Sich selbst überlassen, gaben sie sich — besonders gilt dies von der W. — gerne ihren „Gedanken" hin und fühlten sich gewissermaassen befreit, so oft sie anstatt in die kleinmütigen Gedankenkreise, die sie sonst beherrschten, passiv in „Träumereien" verfielen. Besonders gerne malten sie sich in solchen Träumereien die Zukunft aus, bauten Luftschlösser und verwendeten hierbei reproductives Material in heuristischer Weise.

Den Gegensatz dazu bildete das Ergriffenwerden von trüben, kleinmüthigen Einbildungsvorstellungen, wobei sie sich in Elend, Krankheit und Kümmerniss mit fast sinnlicher Stärke bis in's Detail hineindachten. Bei B. hatten solche trübe phantastische Einbildungsstellungen die absolute Oberhand über alles übrige Denken und Trachten.

Gemüthsleben: Die Anlage der Gefühlspsyche zeigt bei Allen — bis auf accidentelle Abweichungen — einen durchaus gutartigen Charakter. Dieser gemeinsame Grundzug einer gutartigen und harmlosen Veranlagung mit leichter Lenkbarkeit verdient Betonung. Die eigentliche Ausgestaltung des Gefühllebens wies wesentliche Differenzirungen auf. Das Gefühlssleben der J. lässt sie folgermaassen kurz skizziren: kindliche Heiterkeit, Sorglosigkeit mit allerlei kindlichen Lust-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gefühlen für Spiel, Scherz und Tändelei, verbunden mit Furchtsamkeit und Schreckhaftigkeit bei geringfügigen Anlässen, kindliche Ethik, kindlicher Altruismus, Lebhaftigkeit im Auftreten adäquater Elementaraffecte bei gegebenen Reizen. Im Gegensatz dazu bildet bei B. den Grundzug des Gefühlslebens ein permanenter Verstimmungszustand mit Verzagtheit und Kleinmuth. Hier hat dieser Verstimmungszustand eine ganz bestimmte Form angenommen; der Patient lebt fortwährend in sorgenvollen Befürchtungen bezw. Erwartungen; er wird beständig von einer unbestimmten Sorge vor der Zukunft, von dem weiteren Lebensgange, vor dem künftigen Beruf erfasst; er befürchtet frühzeitigen Tod, einen drohenden Krieg, von dem er sprechen hörte; er sieht seiner kommenden Militärzeit mit Bangen entgegen. Diese Sorge confiscirte ihn nach seiner eigenen Aussage ganz und liess ihn nicht mehr froh werden; er musste stets darüber mit dem ganzen Begleitaffecte der Unlust nachgrübeln.

In der Gemüthsartung kam die A. der J. am nächsten, die W. am nächsten dem B. Am furchtsamsten war A. Ihre Furchtsamkeit erstreckte sich auf Hexen- und Gespensterfurcht, auf Furcht vor Räubern, vor Donner, vor Alpdrücken, vor Armuth, vor Sonnenstich u. s. w.; schon ein schwirrender Nachtfalter oder eine grosse summende Fliege vermochte ihr Furcht einzuflössen; sehr lebhaft war ihre Furcht vor Finsterniss; sie wagte niemals nachts allein den Abort aufzusuchen und schloss sich in der Dunkelheit immer an „Erwachsene“ an; in ähnlichem Sinne bestand Furcht vor ärztlichen Apparaten und Instrumenten.

W. sah ähnlich wie B. die Zukunft in düsteren Farben, sah der Zeit mit Bangen entgegen, in der sie durch das Ableben ihrer Eltern gezwungen sei, für ihre Existenz selbst zu sorgen. Sie äusserte des öftern, dass dieses Moment für sie eine Hauptsorge vorstelle.

In gleicher Weise litten die beiden an Skrupelhaftigkeit; sie grübelten nach, ob sie Aufträge wohl zur Zufriedenheit der Anstalt und ihrer Functionspersonen ausgeführt, sich zur Zufriedenheit derselben benommen hätten; Analoges bestand auch vor der Anstaltsaufnahme gegenüber den Eltern und Dienstgebern etc. In's religiöse Gebiet übertragen äusserten sie Skrupel, ob ihre Handlungsweise sündhaft oder wohl gottgefällig sei. Bei Allen waren die Elementaraffecte lebhaft ausgesprochen: Schuldgefühl beim Ertapptwerden bei kleinen Versäumnissen und Ungeschicklichkeiten; Verlegenheit, Trauer, Schamgefühl u. s. w. Die Grundzüge ethischer Empfindungen sind durchweg wohl angebildet, wenn ihnen auch noch eine eng begrenzte, vielfach kindliche Auffassung anhaftete. — Ein Beispiel (J.) möge dies illustriren: „Was thun, wenn die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mutter schwer krank würde? „Da würde ich viel weinen, ich würde viel sparen, um der Mutter eine kräftige Suppe kochen zu können."

Allen — in mehr oder minderem Grade — eigen war Dankbarkeitsgefühl, Anhänglichkeit an freundliche und wohlthätige Menschen, Ehrfurcht und Mitleid, bezw. Mitfreude. Egocentrische bezw. antiethische Züge liess eigentlich nur die A. erkennen, nämlich Schadenfreude, Eifersucht, neidische Missgunst.

Hinsichtlich der Intensität und Dauer der Affectäusserungen kann ausgesagt werden, dass dieselben bei der A. und der J. in der Regel niemals tief sassen, im Gegentheil mehr flüchtig waren; die Affecte konnten ab und zu bei genügender Reizstärke auch leicht überwerthig werden, bis zur Schwärmerei, Begeisterung, ausgelassenen Lustigkeit, hellen Angst und Trauer mit allen körperlichen Begleiterscheinungen.

Was das sexuelle Gefühlsleben anbetrifft, fehlten bei der J. und St. sämmtliche sexuellen Regungen und Empfindungen. Es fehlte ihnen desgleichen die aus dem Geschlechtsbewusstsein heraus sich entwickelnde sexuelle Schamhaftigkeit. Sie benahmen sich wie Kinder, entkleideten sich z. B. bei der Lichtbildaufnahme und bei der somatischen Untersuchung ohne Zeichen eines Schamgefühles; sie fanden hierbei weder Unangenehmes, noch Peinliches und suchten sogar der Procedur eine lustige scherzvolle Seite abzugewinnen. Conform dem Mangel jeglicher Geschlechtserregungen waren sie über den natürlichen Zweck der Geschlechtstrennung beim Menschen nicht orientirt.

Bei den Uebrigen waren sexuelle Regungen vorhanden. Die sich daran knüpfenden Vorstellungen waren unklar, wenig differenzirt geblieben. Sie wussten zwar den Zweck der Geschlechtstrennung, hatten darüber doch nur phantastische Ideen. Das Moment der Ungeklärtheit auf diesem Gebiete mitsammt der Selbstwahrnehmung dieses Umstandes war u. A. Gegenstand für Nachgrübeln mit einer Summe von Unlustgefühlen.

Gerade die Zusammenfassung aller dieser Erscheinungen des Gefühlslebens bei den Untersuchten und ihre psychologischen Eigenart bot einen Hauptanlass zu einem kritischen Vergleiche dieser Phänomene mit dem Gefühlsleben der reiferen Kindheit (7.—12. Jahr). Dieser Vergleich liess erkennen, dass ein Theil der Fälle qualitativ und quantitativ ganz auf der Stufe reiferer Kinder stand mit allen Zeichen und Eigenthümlichkeiten dieser Altersstufe, und dass auch den Uebrigen noch wesentliche Züge des Affectlebens der bezeichneten Entwickelungsphase anhafteten.

Im Besonderen ist die Furchtsamkeit und Schreckhaftigkeit sowie das Rudimentäre des sexuellen Gefühlsleben beachtenswerth.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Charakteranlage, Willensantriebe, Suggestibilität.

Wird unter Charakter die Summe der angeborenen und erworbenen Willensdispositionen, sowie die bleibende Eigenart auf Motive zu reagiren, verstanden (Jerusalem, Jodl), so berechtigt die gepflogene Untersuchung zur Annahme, dass in den herangezogenen Fällen die Charaktergestaltung eine unfertige, noch keineswegs einheitliche, bezw. noch kaum in seinen Grundlinien gezeichnete erscheint. Die Willensantriebe sind vielfach unselbstständig und unconsequent; es ermangelt noch der fixen Wechselwirkung zwischen einwirkendm Reiz und Reaction.

Aeusseren Eindrücken sehr zugänglich, sind die Betreffenden in den Entschlüssen wandelbar. Sie zeigen durchwegs einen Mangel an methodischer — bestimmten vorgesteckten Zielen nachstrebender — Initiative und an Elektivität in der Handlungsweise. Sie empfinden diesen Mangel auch und suchen instinctiv Vorbilder und dadurch Richtungslinien für ihr Gebahren.

Gerade dieses Bedürfniss nach Vorbildern, bekanntlich ein wichtiger kindlicher Charakterzug, ist bei allen 5 Fällen stark ausgeprägt.

Während des Aufenthaltes an der Klinik suchten die weiblichen Fälle die Vorbilder in den Functionspersonen der Anstalt, im Wartepersonale, in der Pflegeschwester, auch in mitkranken Frauen zu nehmen. Sie nahmen dieselben zum Muster, eiferten nach, fassten demgemässe Entschlüsse: z. B. sich von nun an ebenfalls der Krankenpflege zu widmen, sich als Krankenschwester einkleiden zu lassen; W. glaubte schliesslich eine „Bestimmung“ hierfür in sich zu fühlen. Vordem hatten sie ihre Vorbilder im jeweiligen Wirkungskreise gefunden, in den Dienstgeberinnen, den Lehrerinnen, Freundinnen, Eltern, überhaupt in „Erwachsenen“, mit denen sie in nähere Beziehung getreten waren, und die ihnen Respect einflössten.

Auch beim männlichen Falle B. war das Bedürfniss, sich Vorbildern anzuschliessen, nach seiner eigenen Aussage ein derart intensives, dass er sich geradezu „verlassen“ fühlte, sobald der Anschluss an ein gewähltes Vorbild aus irgend einem Anlasse unmöglich wurde. Dieses Streben nach Vorbildern war auch als die Ursache für das bei Allen stark betonte religiöse Empfinden und für ihre den Heiligen gezollte Verehrung anzusehen.

In der Nacheiferung der Vorbilder zeigten die meiste Consequenz B. und W., die stets ihre Beschäftigungen (z. B. W. die Krankenpflege) mit allem Ernste ausübten, während A. und J. jene Thätigkeiten mehr als Spiel übten, und weniger als echte pflichtbewusste Bethätigung.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Fühlen und Erkennen der eigenen Unselbstständigkeit und Unreife war bei B. und W. ein intensiver bewusstes als bei den übrigen. Diese Selbstwahrnehmung war ihnen ein Anlass, sich willig und mit dem Gefühle dankbarer Anhänglichkeit leiten und bevormunden zu lassen.

Während es bei den letztgenannten ein mehr bewusster Nacheiferungsdrang war, konnte es bei A. und St. richtiger als ein in erhöhter Suggestibilität fussender Nachahmungstrieb aufgefasst werden.

Allen eigen war es, dass sie concise Aufträge ohne eigene Kritik hinnahmen und ausführten.

W. und B. besassen nach den Untersuchungsergebnissen gewiss schon die Grundzüge einer distincten Individualität; bei diesen war auch bereits viel Detailarbeit geschehen. J. und A. liessen im Gegensatze hierzu nicht einmal noch in groben Umrissen die Grundlinien einer schärfer gekennzeichneten Persönlichkeit erkennen. Die Unfertigkeit des „Charakters" bei den erstgenannten, sowie der Mangel eines „Charakters" bei den letzteren — welcher Umstand eine innige Beziehung mit den Gefühlsschwankungen und dem Urtheilsvermögen aufwies — äusserte sich auch in ganz eigenartigen Vorsätzen, Plänen, Zukunftsträumen, denen viel Mystisches, Unüberdachtes, beziehungsweise viel Einfalt und Naivität anhaftete. Während dieses bei B. und W. mehr im Innersten der Seele (sit senia verbo) lebte, wurde solches von A., St. und J. rückhaltslos geäussert.

Sprech- und Schreibweise: Die Sprechweise bot nichts Wesentliches. Alle liebten ein einfaches Satzgefüge, verfügten über einen mittelmässigen Wortvorrath und gebrauchten relativ wenig Abstracta. Vorliebe hatten sie für gebundene Sprache und für klingende Reime. Bemerkenswerth ist übrigens, dass J. und A. beim Sprechen — besonders bei einem Examen — öfter nur mit Achselzucken anstatt einer Antwort reagirten. Das Sprechen wurde von J. und A. von einem eigenartigen, Kindern zukommenden „Sprechergewichte" begleitet.

Die Schreibweise war die von Schülern; die Schrift verrieth Mangel eines charakteristischen Zuges; die Schriftzüge der Einzelnen waren unter einander ähnlich. Analog der Sprechweise bevorzugten sie auch in schriftlichen Aeusserungen einfache Sätze. Sie äusserten Wohlgefallen an regelmässigen, gefälligen Schriftproben. Als J. und A. einmal die Aufgabe erhielten, einen Brief mit eigenen Gedanken zu verfassen, fragten sie beim Ueberreichen des Schriftstückes vorerst: ob der Brief wohl schön geschrieben sei und die Schriftzüge Gefallen erregten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schlussfolgerungen.

Beim Ueberblicken und Zusammenfassen der bisher aufgedeckten Phänomene lassen sich bei den fünf Versuchspersonen die zwei bereits früher kurz skizzirten Gruppen aufrecht halten.

Betrachten wir die erste Gruppe näher: Die Vertreter derselben waren sozusagen in der körperlichen und geistigen Evolution von der Anzahl der Lebensjahre weit überholt worden. Sie hatten den Schritt in die Pubertät noch nicht gethan, hatten vor derselben Halt gemacht: sie blieben in qualitativer und quantitativer Hinsicht in der Kindheit stehen, und zwar Fall III in der „zweiten" Kindheit (8.—10. Lebensjahr), die Fälle I und II in der sogenannten „älteren" Kindheit i. e. 10. bis 12. Lebensjahr (Sikorsky).

Dieses Verharren auf einem infantilen Entwicklungsgrade bildet das hervorstechendste Kriterium des Gesammtindividuums und verleiht dem Zustande seine Bedeutung. Bei allen behielten die infantilen körperlichen und psychischen Phänomene das absolute Uebergewicht. Bis etwa zum 10. bis 12. Lebensjahre gelten sie als normal entwickelte Kinder und fielen nicht auf. Ihre Psyche hatte sich bis dahin harmonisch, mit Einhaltung der physiologischen Gesetzmässigkeit entwickelt; von da ab oder längstens im „Zwischenalter", d. i. in der Zeit von der älteren Kindheit bis zu den Anfängen der Evolutionsperiode machte die Entwicklung Halt, es blieb die Umprägung der kindlichen Kennzeichen in diejenigen der „Jugend" vollständig aus. Es darf hier angefügt werden, dass die kindlichen Seelenwerthe im Grossen und Ganzen ihr physiologisches Maass erreicht hatten.

Bei der anderen Gruppe war der Schritt in die Pubertät bereits gethan. Die Umformungen während derselben vollzogen sich jedoch angsam; der Werdegang der ganzen Evolution blieb ein verzögerter; die Loslösung von der Kindheit ging bruchstückweise und ungleichartig von statten. Die Umformungseffecte behielten mehrfach ihr kindliches Gepräge, blieben dürftig, miniaturartig. Die Umformung selbst vollzog sich hierbei mehr nach Art als nach Masse, mehr qualitativ als quantitativ.

Bis vor wenigen Jahren waren sie unauffällig geblieben und liessen ihre „Unreife" erst erkennen, als sie von einer eng begrenzten familiären Wirksamkeit weg zu engerem Contact mit der Aussenwelt gezwungen wurden. Erst in den letzten Jahren wurde ihre Unzulänglichkeit vorzugsweise dadurch offenbar, dass sie sich von den Gleichaltrigen zu trennen und sich ausser Stande zu fühlen begannen, allen ihrem „Alter" gemäss an sie herantretenden Anforderungen gerecht zu werden. Sie verblieben psychisch in den ersten Stadien der „Jugend", fast noch im

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zwischenaller zwischen Kindheit und Jugend, etwa dem 14. oder 15. Lebensjahre.

Bis zu den Vorboten der Jugend hatten auch die Vertreter dieser Gruppe sich durchaus normal und harmonisch im Rahmen physiologischer Breite entwickelt.

Es lassen sich nachstehende zwei Folgerungen formuliren:

I. Bei der ersten Kategorie herrscht eine vollständige Kinderpsyche in der Gesammtanlage und in den Detailäusserungen mit spärlicher Ausbildung der normal physiologisch in der Pubertätszeit sich einstellenden psychischen Umformungsaffecte: „psychischer Infantilismus" im eigentlichen Sinne des Wortes. Die hierher gehörigen Individuen sind reife Kinder und gänzlich unreife Erwachsene.

II. Bei der zweiten Kategorie sind die Grundzüge einer qualitativ normalen seelischen Constitution vorhanden, doch mit erheblichen, zum Theil charakteristischen Werthen der Kindesseele verquickt. Die psychischen Phänomene selbst sind — quantitativ genommen — kleindimensional: es besteht eine „Miniaturpsyche". Die betreffenden Individuen sind halb Erwachsene und halb Kinder.

Differentialdiagnostische Abgrenzungen.

Das Verharren auf einer infantilen psychischen Entwicklungsstufe mit allen naturgemässen Consequenzen qualificirt bei unbefangener Betrachtung den betroffenen Träger — insbesondere innerhalb der ersten Gruppe — als ein minderwerthiges, oder — richtiger gesagt — als ein nicht vollwerthiges Individuum in Bezug auf das seinem Altersgrade nach erforderliche Durchschnittsmaass geistiger Energie und Leistungsfähigkeit.

Auf den ersten Anhieb könnte man solche Infantile als Imbecille begutachten.

Schüle betonte, dass das Charakteristische für sämmtliche Formen des angeborenen Schwachsinnes in der Thatsache eines Stillstandes der psychischen Entwicklung vor Erreichung der psychischen Vollkraft gelegen sei. Diese pathologische Hemmung könne in verschiedenen Stadien erfolgen, woraus sich die Unterabtheilungen des Schwachsinnes ableiten liessen. Er schreibt:

„Die Kranken mit mittlerem und leichtem Schwachsinne vermögen oft in relativ kurzer Zeit den Höhepunkt der Entwicklung, welche im Ganzen sich auf der Stufe bis 12jähriger Normalmenschen bewegt, erreichen; im gewissen Sinne altern diese Kranken nicht — — — ein-

Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

zelne Züge mögen sich ändern, sexuelle Regungen sich einschieben — — — im Grossen und Ganzen bleibt der Kranke sich gleich".

Hoche spricht sich ebenfalls bei der Besprechung der Imbecillen dahin aus, „dass bei einer nicht geringen Zahl aus der Gruppe der Schwachsinnsfälle leichten Grades, die in der relativ geschützten Lebensperiode der ersten 15—20 Jahre nicht aufgefallen sind, die geistige Minderwerthigkeit erst beim Hinaustreten in das selbstständige Leben sich enthüllt".

Die klinische Kritik des Infantilismus als Gesammtzustand, sowie die Analyse seiner Details gestatten jedoch eine strenge differential-diagnostische Abgrenzung von der eigentlichen Imbecillität, dem congenitalen Schwachsinne.

In erster Linie bringt die Anamnese Aufschlüsse, vor Allem das Studium der ersten Kindheitsperiode, etwa bis zum 7. Lebensjahre. Die imbecillen Kinder werden bereits in diesem Stadium der Umgebung auffällig durch einen abnormal gearteten geistigen und körperlichen Entwicklungsgang. Abgesehen davon, dass ein überstandenes Geburtstrauma, eklamptische Anfälle, Schädelverbildung u. s. w. für die ersten Kinderjahre Rückschlüsse gestatten, ist das Erlernen des Geh- und Sprechvermögens und die oft sehr verspätete Reinlichkeitsangewöhnung von Bedeutung. Es lässt sich ferner nicht unschwer feststellen, dass die äussere Aufmerksamkeit, das Suchen nach Eindrücken, das Wiedererkennen, die Affectbegleitungen und die Verarbeitung der gewonnenen Eindrücke in den ersten Lebensjahren sich verzögert und lückenhaft gestaltete. Späterhin, zumal während der Schuljahre, treten die angeborenen Defecte noch krasser zu Tage: „Die Wohlthaten der Erziehung kommen nicht zur Geltung"; solche Kinder erweisen sich als unerziehbar, uncorrigirbar; es werden bei ihnen entweder abnorme, bizarre Energien wach, die sich zum Theile in einem impulsiven Triebleben, zum Theil in krankhaften Gemüthsausdrücken manifestiren, oder sie bleiben torpide, träge, anergetische Wesen.

Die Anamnese bei den Infantilen vermeldet wesentlich Anderes. Die Entwicklung in der ersten Kindheit wird als normal, unauffällig geschildert. Die Infantilen selbst werden als wohlerziehbare Kinder beschrieben, mit gutem, zum mindest genügendem Schulerfolge. — Von einer geistigen Beschränktheit mit oder ohne moralische Defecte wird nichts berichtet und wird im Gegentheile die intellectuelle Regsamkeit, die Gutartigkeit und Anhänglichkeit an die Familie, sowie die Lernbegierde und Arbeitslust hervorgehoben.

Zur Ermöglichung einer genauen differential-diagnostischen Ueberprüfung der psychischen Elementarfunctionen wurden den beiden markanten Infantilen J. und A. drei gleichaltrige, weibliche Pfleglinge gegen-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

übergestellt, die an einem typischen uncomplicirten angeborenen Schwachsinne mittleren Grades litten.

Die bei den letzteren ebenso wie bei den Infantilen methodisch durchgeführte Associationsprüfung ergab in Uebereinstimmung mit den einschlägigen Literaturberichten, dass auch hier associative Individualvorstellungen mit räumlicher und zeitlicher Fixirung bestanden; die sich an die einzelnen Reizworte anknüpfenden Vorstellungen waren hier — im Gegensatze zu den Infantilen — vielfach unklar und verschwommen, entsprechend den unscharfen Erinnerungsbildern, auf welche die Individualvorstellungen bezogen wurden.

Ein bestimmter, nicht geringer Procentsatz der Associationen bestand in sinnlosen, inhaltlich gar nicht zusammengehörigen Reactionen (dissociative Reaction), zum Theil wurde an ganz heterogene, in der Regel intercurrente Eindrücke angeknüpft. Manchmal erfolgte diese Reaction in Form einer Reimanknüpfung: z. B. „Mann" — „ich kann"; „Wurzel" — „Purzelbaum"; „Semmel" — „Schemmel". Nicht so selten wurde das Reizwort einfach wiederholt (Echolalie). Bemerkenswerth ist auch, dass verschiedene Reizworte nacheinander dieselbe Reaction hervorriefen (Perseveration), und dass umgekehrt die Wiederholung ein und desselben Reizwortes in Pausen die verschiedensten, und ungleichartigsten Associationen nach sich zog, wobei Echolalie und dissociative Reimreaction promiscue erschien. Diese Erscheinung von Perseveration und von Echolalie als Associationsform — die bereits von von Ziehen als häufiges Symptom des Schwachsinnes gekennzeichnet wird — ist den Infantilen durchaus fremd.

Ein ganz wichtiger Unterschied liegt demnach in der Art der Auswahl der associativen Vorstellungen, indem die gewisse, die Auswahl bestimmende Gesetzmässigkeit, die bei den Infantilen wohl zu Recht besteht, bei den Imbecillen vermisst wird. Es fehlt diesen das den Infantilen zukommende in einem gewissen Grade fixe Verhältniss zwischen Reiz und Reaction.

Das bei Imbecillen in auffallender Häufigkeit constatirbare „Verkennen" als Ausdruck eines mangelhaften Vorstellungs- und Identificirungsvermögen, die sogenannten „identificirenden Erinnerungstäuschungen" (Ziehen) blieben bei den Infantilen aus.

Die reactive Anregung der Aufmerksamkeit erfolgt bei den Imbecillen nicht so prompt, wie bei den Infantilen. Die Einstellung und Concentration erfolgt eher verzögert, mehr mechanisch, weniger bewusst; letzteres gilt in erster Linie von den anergetischen Schwachsinnigen. Der jedesmal bei den Infantilen anzutreffende Begleitaffect der Erwartung ist bei jenen abgeblasst, rudimentär oder ganz fehlend. Die gesetzte

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Reaction überdauert auch bei den Imbecillen den Reiz nur kurz, vielleicht hier kürzer als dort.

Im raschen Abklingen der Aufmerksamkeit und in der leichten Ablenkbarkeit durch anderweitige Eindrücke herrschen bei diesen und jenen ziemlich analoge Verhältnisse.

Während jeder neu in's Bewusstsein aufgenommene Eindruck dort rasch, ausgiebig und sinnentsprechend aufgefasst, d. i. dem vorhandenen Bewusstseinsinhalte assimilirt wird, ist die Auffassung und innere Verarbeitung hier eine mehr dürftige, erschwerte vielfach ungenaue und entstellte.

Die bekannten Symptome der Imbecillität: „Beschränktheit" im Auffassungsvermögen und in der Verarbeitung äusserer Wahrnehmungen, sowie Unsicherheit in der Einordnung neuer Eindrücke in die Erfahrungsreihe können bei den Infantilen nicht nachgewiesen werden.

Im Aufbringen innerer, selbstthätiger Anfmerksamkeitsleistungen sind die Infantilen den Imbecillen weit voraus.

Der bei ersteren herrschende Drang zur Beschäftigung und zur Selbstausbildung, das Anlegen von Sammlungen u. dergl. erlaubt den Schluss auf den Bestand einer Summe wachgerufener, zweckmässiger — allerdings kindlich gewertheter — Zielvorstellungen, während die Gleichgültigkeit und der Mangel an zielbewusster Initiative mit der Unlust für plangemässe Beschäftigung bei den Letzteren auf eine Dürftigkeit hierin rückschliessen lässt.

Das Phänomen der Bestimmbarkeit der inneren Aufmerksamkeit (Kraepelin) bei den Infantilen — wovon bereits früher die Rede war — darf mit der Erscheinung der Unselbstständigkeit der Aufmerksamkeit der Imbecillen nicht identificirt werden. — Die Bestimmbarkeit der Aufmerksameit, wodurch für Erwachsene ansonst untergeordnete und belanglose Eindrücke auf die Richtung psychischer Vorgänge „bestimmend" werden können, besteht bei den Infantilen nur für diejenigen Dinge, die ausserhalb des Rahmens ihrer kindlich gewertheten Interessensphäre liegen. Somit stellt dies eigentlich nur eine naurgemässe folgerichtige Erscheinung vor, die allerdings dem vollreifen Menschen nicht zukommt und zukommen darf, auf den ersten Anhieb jedoch als Schwachsinnssymptom gedeutet werden könnte.

Bei den Imbecillen ist die Unselbstständigkeit der Aufmerksamkeit eine viel durchgreifendere und ist ein von jenem ausgesprochen kindlichen Phänomene wohl zu trennendes Symptom eines abnormen psychischen Mechanismus.

Hinsichtlich der Gedächtnissleistungen wiesen die Infantilen qualitativ einige gemeinsame Züge mit den Imbecillen auf: so ist ein be-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ständiger Anschluss der reproductiven Daten an Individualvorstellungen beiden gemeinsam. Allerdings ist dieser Anschluss bei den Infantilen um vieles schärfer und sicherer ausgeprägt, wie überhaupt im Ganzen die den Gedächtnissleistungen zu Grunde liegenden Erinnerungsbilder hier ungleich besser erhalten sind, entsprechend der seinerzeitigen präciseren Apperception. Ferner lassen sich hier wie dort puncto Gedächtnisstreue additive Zugaben, willkürliche Verknüpfungen räumlich und zeitlich getrennter Vorstellungen, also eine Art Erinnerungsfälschungen mit Mangel an Selbstcontrolle über die einzelnen Gedächtnissleistungen constatiren. (Siehe später.) Nur soviel möge hier ausgesagt werden, dass diese Erinnerungsfälschungen bei den Infantilen ungleich „associativer" sind, als bei den Imbecillen.

Die ganze Reproductionsleistung bei den angeboren Schwachsinnigen ist ein Abbild der ursprünglichen schon bei der Aufnahme kundgewordenen Defecte: des erschwerten Auffassungsvermögens, der Aufmerksamkeitsstörung, der geringen Affectbegleitung, des mangelhaften Vorstellungsvermögens. Ansonst pflegt das Aufleben der im Gedächtnisse niedergelegten Erinnerungsbilder mit einer gewissen sinnlichen Stärke, mit einem Wiederauftauchen von Eindrücken zufälliger Nebenumstände einherzugehen.

In Grösse und Umfang des Besitzstandes an Gedächtnissmateriale — wenigstens an elektivem — sind die Infantilen den Anderen weit überlegen. Das günstige Prüfungsresultat, das die Infantilen diesbezüglich erzielten, ihre Raschheit und einigermaassen auch ihre Sicherheit und Geschlossenheit in der Reproduction kann von den Imbecillen niemals erreicht werden, zumal eines ihrer markantesten Krankheitssymptome generelle Gedächtnissschwäche ist (Kraepelin, Ziehen, Tuczek u. A.) Analog der Gedächtnissschwäche für ältere Vorstellungscomplexe ist auch die generelle Insufficienz der Merkfähigkeit für frische Eindrücke und des Unvermögens, grössere Reihen zu umspannen, als Unterscheidungmoment heranzuziehen.

Das nachstehende Prüfungsresultat an drei Imbecillen vermag Gesagtes zu illustriren. — Bei der Prüfung kam die gleiche Methode wie bei den Infantilen zur Anwendung (s. S. 65 und 66).

Bei Reihe a—f und k konnten niemals mehr als 20 pCt. richtige Wiedergaben, i. e. positives Resultat erzielt werden; bei Reihe i höchstens 35 pCt. positives Resultat; bei Reihe c und g höchstens 12 pCt. richtige Wiedergabe; bei Reihe e Verstümmelung bezw. Verkürzung der drei Worte; bei Reihe b, d und h totale Fehlreactionen.

Mehrfach erfolgten willkürliche Zugaben, manchmal nach Klangähnlichkeit, ansonst weder nach associativer Verknüpfung, noch nach

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Synonymität. Wiedererkennen blieb durchweg aus. Es wurde nicht einmal die Zahl der eine Reihe zusammensetzenden Einzeltheile berücksichtigt.

Schliesslich kann auch das von den Infantilen beim Auswendiglernen aufgegebener Stücke jedesmal — wenn auch in eigenartiger Weise — erreichte positive Resultat dem durchweg negativen der Schwachsinnigen zu Gunsten der ersteren gegenübergestellt werden. Während die Einen über einen gewissen Mechanismus zum Memoriren verfügen, geht ein solcher den Anderen ganz ab.

Unterscheiden sich nach den früheren Auseinandersetzungen die Infantilen von den Vollsinnigen durch Mehrdeutigkeit der Begriffe, durch Tendenz zur Projection abstracter Begriffe auf concrete, durch kindliche Unfertigkeit und Insufficienz der Begriffsoperationen, so unterscheiden sich die Imbecillen von den ersteren durch absolute Begriffsarmuth, durch primitive Entwicklung der Begriffe und durch absolute Beschränktheit in den Begriffsoperationen.

Dort besteht ein kindlicher Typus, hier ein Defectzustand in den das geistige Leben aufbauenden Elementen.

Die Summe der zur Verfügung stehenden Begriffe erreicht bei den congenital Schwachsinnigen mittleren und leichteren Grades nicht das nothwendige Maass, mit welchem im gewöhnlichen Lebensgange gerechnet werden muss, z. B. Zahlenbegriffe. Ein Beispiel verdient angeführt zu werden: die herangezogenen drei Imbecillen hatten von der Zahl 1000 nicht den Zahlenbegriff, sondern betrachteten sie als identisch mit dem Begriffe „Geld".

Die bei den Schwachsinnigen vorhandenen Begriffe sind wenig associativ vertieft. — Heterogene Begriffe werden vielfach zusammengeworfen, verwechselt, durcheinander gebraucht: ein absolut pathologischer Zustand, der eine Armuth an sprachlichen Symbolen und eine Unproductivität an eigenen Ideenverknüpfungen bedingt, wie er in dieser Art den Infantilen durchaus fremd ist.

Die Aufnahme des Status psychicus — der psychischen Gesammtleistungen — lässt hinsichtlich Orientirtheit über Personalien, über Ort, Umgebung, Situation, Zeit, ferner hinsichtlich Auflösen von Rechen- und Combinationsaufgaben, endlich hinsichtlich Unterschiedsbestimmungen, Auswahl geeigneter Mittel, Beschreibungen und einfachen Urtheilsleistungen einen offenkundigen Unterschied zwischen beiden Gattungen erkennen; dort gleichartig, mehr harmonisch, zusammenhängend, productiv, hier entstellt, lückenhaft, wechselvoll, unproductiv.

Es würde zu weit führen, die ganzen Ergebnisse der Zustandsuntersuchungen hier vorzuführen, es sei aber speciell auf die divergenten

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Resultate im Lösen von Combinationsaufgaben (Methode nach Masselon, Ebbinghaus, Räthsellösen, Auflösen complicirter Abbildungen) hingewiesen; der Vergleich der beiderseitigen Ergebnisse fällt derart zu Ungunsten der Imbecillen aus, dass schon dieser eine Punkt eine wirksame Trennung ungezwungen gestatten kann.

Auf mehrere andere Trennungsmomente sei noch im Besonderen hingewiesen.

Den Imbecillen geht die Selbstwahrnehmung des eigenen Zustandes: also Defectgefühl und Defectbewusstsein — wie schon Schüle betont — vollständig ab. Diese „physiologisch erklärliche, aber immer wieder überraschende Thatsache begegnet man bei allen echten Schwachsinnsformen" (Schüle).

Die Infantilen hingegen empfinden den Mangel an eigener methodischer Initiative und die eigene Unreife. Sie suchen, wie bekannt, instinktiv nach Vorbildern, um durch Anschluss an sie Richtungslinien für ihr Gebahren zu gewinnen. Gerade dieses mehr oder weniger bewusste Bedürfniss der Infantilen nach Anschluss an Vollsinnige behufs Compensirung eigener Defecte, kennen die Imbecillen nicht. Die Willigkeit und die Dankbarkeit, mit der sich die Infantilen lenken und bevormunden lassen, ist eine natürliche Consequenz der Selbstwahrnehmung ihrer eigenen Schwächen.

Was bei den echten schwachsinnigen Individuen „Angewöhnungen" sind, sind gewöhnlich auf Basis eines krassen Nachahmungstriebes angenommene Imitationen, ohne Erkenntniss und Bewerthung, ob das Angenommene gut und zweckmässig, daher nachstrebenswerth wäre. Daher kommt es auch, dass bei den Infantilen niemals die Summe „schlechter und schädlicher" Gewohnheiten vorzufinden sind, wie bei den Imbecillen, weil die richtige Einschätzung und Beurtheilung derselben die Annahme solcher Gepflogenheiten verhindert.

Im Erwerb von Fertigkeiten fürs praktische Leben sind die Infantilen den Anderen weit überlegen, da sie im Gegensatz zu jenen mit Lernbegierde und Anstelligkeit auch eine richtige Erkenntniss der Verwerthbarkeit solchen Erwerbes verbinden.

Kann als ein Ausdruck der Begriffsentwicklung und der freien Verfügung über die Begriffssummen im psychischen Binnenleben die combinatorische Thätigkeit der Einbildungskraft angesehen werden, so ist es gerade die letztere, welche zur Aufstellung eines differentialdiagnostischen Momentes gut geeignet erscheint. Von den Psychiatern wird übereinstimmend die Dürftigkeit resp. Verödung der Einbildungskraft bei der einfachen, uncomplicirten Imbecillität als eine ihrer charakteristischen Eigenschaften bezeichnet. Im Gegensatze hierzu ist

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die lebhafte und productive kindliche Phantasie der Infantilen mit der Neigung, sich phantastischen Gedankenläufen zu überlassen, heranzuziehen. Beim erethischen Schwachsinnstypus kann ein gewisses Phantasieleben allerdings vorkommen. Die Aeusserungen dieses Phantasielebens sind in der Regel entweder eintönig, bizarr entstellt und albern oder übermässig mystisch, wobei das „Ueberwuchern der Phantasie über die Grenzen verstandesmässiger Ueberlegung" eine vollständig pathologische Form annimmt.

Wohl das fruchtbarste Trennungsmoment fordert die Unterschiedsprüfung auf affectivem und ethischem Gebiete zu Tage.

Selbst Schwachsinnigen leichteren Grades geht, auch innerhalb einer gehörigen Altersstufe, eine höhere Ethik ab; der Besitzstand an ethischen Vorstellungen ist ein geringerer, entsprechend ihrer niedergradigen psychischen Anlage und Entwicklung. Hierbei muss die Bemerkung vorausgeschickt werden, dass Schwachsinnige mit dem klinischen Symptomencomplexe der Moral insanity vom Vergleiche ausgeschlossen sind.

Bei einer durchschnittlich bei den Imbecillen bestehenden generellen Gefühlsindolenz bleibt der sinnliche Egoismus stets die praktische Prämisse. Mangel an Zugehörigkeits- und Pflichtgefühl den nächsten Angehörigen gegenüber ist eine ihrer hervorstechendsten Eigenarten. Diese Indolenz zeigt sich übrigens deutlich bei den elementaren Empfindungsqualitäten, so Mitgefühl, Schamgefühl, Reue, Gewissensregungen, Unrechtsgefühl, Verlegenheit u. s. w. Bei erethischen Typen dieser Gruppe tritt Lügensucht, Hang zu Ungezogenheiten und boshaften oder grausamen Entäusserungen, gepaart mit hemmungslosen Zornausbrüchen auf. Vielfach wird possenhafte Selbstüberschätzung beobachtet. Wo ethische Vorstellungen und Empfindungen veranlagt sind, erscheinen sie bei den Entäusserungen vielfach krankhaft geartet, absurd und ohne gemüthliche Tiefe.

Eigenart der Imbecillen ist ausserdem Uncorrigirbarkeit, schwierige moralische Erziehbarkeit, Mangel an Kameradschaftsgefühl. Die sexuellen Regungen können oftmals frühzeitig stark entwickelt sein und sich in excessiver Masturbation oder in anderen krankhaften Formen äussern.

Wenn es Norm ist, dass beim normalen Menschen die Ethik erst nach Abschluss einer physiologischen Pubertät zu vollen Reife kommt, ist die Behauptung gewiss richtig, dass die Infantilen ethisch nicht vollwerthig sind. Ihre Ethik ist eine kindlich-unreife, engbegrenzte, bei einer durchaus gutartigen und nomalen Veranlagung. Was an elementaren Gefühlsarten den Imbecillen abgeht, besitzen diese in

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reichlichem Masse. Eine Parallele lässt sich hierin nur schwer aufstellen. Bei einer für gewöhnlich constatirbaren Flüchtigkeit der Affectäusserungen treten diese bei gegebener Reizstärke leicht in überwertiger Intensität auf, welche, wie bereits mitgetheilt, eine ganze Reihe von Lust- und Unlustgefühlen betreffen kann und bald als helle Begeisterung, Schwärmerei und Lustigkeit, bald als übermässige Trauer und Angst zu Tage tritt. Diese überwertigen Affectentäusserungen, die an und für sich einen physiologischen Rang in der Kinderpsychologie einnehmen, sind von den triebartigen und hemmungslosen Gefühlsausbrüchen der Schwachsinnigen, die überdies niedrige Empfindungsqualitäten in sich begreifen, z. B. Rachlust. wohl zu trennen und als Unterschiedsmoment herauszuheben.

Das beim echten Infantilismus fehlende sexuelle Schamgefühl lässt sich mit der Schamlosigkeit Imbeciller nicht auf die gleiche Stufe stellen. Wenn bei den letztgenannten die Schamlosigkeit als moralischer Defect mit sexueller Sinnlichkeit und sexuellem Bethätigungsdrange sich vorfindet, ist beim Infantilismus das Fehlen des Schamgefühles ein natürliches Ergebnis des Mangels sexueller Empfindungen und des darin bedingten Geschlechtsbewusstseins.

Beim Vergleiche von allgemeinen praktischen Standpunkten aus ergiebt sich wohl auch die Nothwendigkeit der principiellen Trennung der Imbecillität mit der ganzen ihr eigenen Interferenzwirkung zwischen defecten intellectuellen und affectiven Potenzen vom Infantilismus.

Die Angaben betheiligter Personen über das sociale Leben der herangezogenen Fälle, sowie ihre ärztliche Untersuchung und Evidenzhaltung bieten genügend Anhaltspunkte und Beweise dafür. Die antisozialen Willensimpulse und Handlungsweisen, welche die Imbecillen oftmals nach Collision mit der öffentlichen Ordnung via Sicherheits- oder Strafbehörden in die psychiatrischen Krankenanstalten wandern lassen, bleiben den Infantilen fast durchwegs fremd.

Ausser von dem congenitalen Schwachsinne ist der Infantilismus noch von einer anderen, klinisch gut greifbaren psychischen Erkrankungsform abzugrenzen. Das Manifestwerden eines die Diagnose Infantilismus bestimmenden Symptomencomplexes in den Jahren der Pubertätsentwicklung · oder kurz: das Einzetzen des Infantilismus in dieser Periode macht seine Abgrenzung auch von der Hebephrenie als Pubertätsform der Dementia praecox, wenigstens von deren Initialsymptomatik nothwendig. Die diesbezüglichen differentialdiagnostischen Erwägungen mögen nur im Groben skizzirt werden:

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von einiger Bedeutung ist es, das eine Hebephrenie durch einen hypochondrischen Verstimmungszustand eingeleitet werden, und dass dieser eine Zeitlang die einzige symptomatische Zustandsform derselben vorstellen kann: d. i. ein Gefühl von Verzagtheit, körperlicher und geistiger Unzulänglichkeit, Veränderungen der Selbstempfindung, eine Art „innerer Abschliessung von der Aussenwelt", sowie allerlei Phobien bei noch leidlich erhaltenem intellectuellen Besitzstande. Allerdings tritt dann auch bei dieser Form hebephrenen Initialstadiums über kurz oder lang eine progressive Verödung des Gemüths- und des Geisteslebens hinzu mit immer stärkerem Hervortreten der charakteristischen Symptomatik dieser Gehirnerkrankung.

Von den Unterscheidungsmomenten seien nur einige Cardinalmomente, die sämtlich gegen Infantilismus und für Hebephrenie sprechen, nominell hervorgehoben: die schweren Defecte in der Aufmerksamkeit und in der Spontaneität (pathologische Zerstreutheit, Apathie, Indifferentheit), die Störungen des Vorstellungsablaufes und der Willensanregungen (Zerfahrenheit, Incohärenz im Denken, Wollen und Handeln), ferner der Abbau der Intelligenz und Empfindungsstörungen. Die bekannte Maniriertheit, Albernheit und Bizarrheit in den sprachlichen und motorischen Aeusserungen der Hebephrenischen ist dem Infantilismus absolut unzugehörig.

Specielle Infantilismuspathologie.

Der zusammenfassende Ueberblick über das bisher Gesagte und die Würdigung desselben berechtigt den Vorschlag, den psychischen Infantilismus als wohlcharakterisirbare psychopathologische Einheit anzuerkennen und demselben eine gesonderte Stelle in der Psychiatrie einzuräumen.

Absolut genommen eigentlich keine Psychopathie wird der Infantilismus erst durch die Markirung der Unproportionalität zwischen Altersgrad und Geistesreife nach Artung und Dimensionen zu einer solchen. Als Psychopathie im derartigen Sinne ist der Infantilismus Resultat und Ausdruck einer Entwicklungshemmung in der psychischen Evolution und somit den Biopathien zuzurechnen.

Wie bereits früher erörtert, lassen sich zwei Unterabtheilungen — Typen — unterscheiden; die echte klassische Form und die der „Miniaturpsyche". Beide — durch gemeinsame Genese und gemeinsame Kennzeichen strenge zusammengehörig — bieten vermöge ihres Gesammtmechanismus wieder unter sich differente klinisch-psychologische Eigenheiten, welche in ihrer Weise wohl im Stande sind, klärend in manchen psychiatrischen Fragen einzuwirken.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es erfordert nun auf diese Phänomene näher einzugehen.

Ich komme zuerst auf die Erinnerungsfälschungen der Infantilen zu sprechen. Diesem Punkte wurde bei den methodischen Untersuchungen streng Rechnung getragen. Gegenstand bildeten ältere Erlebnisse, intensiver betonte Eindrücke aus dem Alltagsleben kurz vor der Hereinbringung (worüber ausführliche objective anamnestische Berichte vorlagen) sowie aus dem Anstaltsleben, ferner Aufträge, Erzählungen endlich zusammengesetzte farbige Bilder.

Die Untersuchungen bestanden in einem Eigenberichte = (spontane Aussage) und in einem Examen (= Verhör). Auf die Ergebnisse des Eigenberichtes wurde das Hauptgewicht gelegt. Beim Examen wurden absichtlich plangemässe Suggestivfragen eingeflochten, besonders dort, wo es sich um bestimmte individuelle Fragen handelte.

Vorausgeschickt muss noch werden, dass bei den Untersuchungen stets auf günstige äusserliche Vorbedingungen geachtet wurde, dass speziell Uebermüdung und körperliche Indisposition nach Thunlichkeit ausgeschaltet war, und dass endlich sowohl Gegenstand als Fragestellung inhaltlich und formell im Bereiche der Auffassungs- und Beantwortungsmöglichkeit lagen. Den Experimenten waren die klassischen Untersuchungsmethoden von Binet und W. Stern zu Grunde liegend.

Die Aussagenfehler, die hierbei aufgedeckt wurden, zeichneten sich durch eine überraschende Gleichartigkeit innerhalb der beiden Gruppen der Untersuchungspersonen aus.

Bei Gruppe I bestanden die in der eigenen Berichterstattung zu Tage getretenen Aussagenfehler in folgenden Punkten:

1. Auslassungen von Einzelheiten, selbst Hauptmomente betreffend;
2. Uebertreibungen i. e. unmotivirter Pointirung gewisser Einzelheiten;
3. Falschen Angaben, die auf einer von vornherein unrichtigen Auffassung von Situation, Vorgängen, Beziehungen von Personen und Gegenständen untereinander, und fehlerhafter Beachtung von Farben. Formen etc. basirten;
4. Erinnerungsfälschungen, die einerseits in willkürlichen ganz frei erfundenen Zugaben, denen kein Substrat zu Grunde lag, andererseits in einer innigen Verquickung von thatsächlichen Wahrnehmungen mit einem früheren unabhängig davon gewonnenen Gedächtnismateriale bestanden. Die Erinnerungsfälschungen wurden als Product positiver zur kritischen Zeit gemachter Wahrnehmungen hingestellt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die meisten Fehlerprocente in den Berichtsaussagen wies A. auf (etwa 16 pCt.); etwas geringere J. und St. (10—13 pCt.). Davon fiel die Hälfte auf die Erinnerungsfälschungen.

Beim Examen gestaltete sich in dieser Gruppe das Ergebniss punkto Aussagetreue im Allgemeinen entschieden ungünstiger; hier stieg unter der Einflussnahme der Suggestiv- und Pressionsfragen der Procentsatz der Aussagenfehler aufs doppelte (J. und St.) bis dreifache (A.) verglichen mit denjenigen des Eigenberichtes. Hier kam auf die Erinnerungsfälschungen mehr als die Hälfte, fast drei Fünftel. In Zahlen ausgedrückt betrug demnach der Procentsatz der Erinnerungsfälschungen beim Eigenberichte im Verhältnisse zu allen überhaupt gemachten Aussagen, — richtigen und unrichtigen — im Durchschnitte etwa 7 pCt., beim Examen etwa 20 pCt.

Die angeführten Suggestiv- bezw. Pressionsfragen (Binet) hielten etwa die Hälfte der beim Examen notirten Anzahl von Fragen überhaupt. Die in einem bestimmten, überredenden oder irreführenden Tone gehaltenen Fragen wurden, zumal wenn man den Untersuchungspersonen wenig Zeit zum Besinnen liess (Binet) fast stets im Sinne des Fragestellers beantwortet, auch dann, wenn sie fertige, absichtlich verfälschte Behauptungen in sich einschlossen.

Besonders interessant gestaltete sich das Experiment, als die Untersuchungspersonen gemeinsam vorgenommen wurden, hinsichtlich der Inducirbarkeit falscher Aussagen, speziell der Inducirbarkeit von Erinnerungsfälschungen.

Fast sämmtliche von einer im Sinne des Experimentes instruirten Pflegerin in irreführender Absicht vorgebrachten Erinnerungsfälschungen wurden von den beim Verhöre anwesenden infantilen Verhörspersonen kritiklos übernommen und in vollem Umfange wiedergegeben. In geringerem Umfange — wenn auch deutlich — war die gegenseitige Inducirbarkeit ausgeprägt.

Am stärksten inducirbar für die Erinnerungsfälschungen erwies sich hierbei die A.

Zum Zustandekommen der eigenen Erinnerungsfälschungen wurden passende frühere Eindrücke herangezogen, mit den kritischen associativ verknüpft (Analogiefälle), der ganzen in Frage stehenden Sachlage assimilirend angepasst, um schliesslich als fertiges einheitliches Product jüngeren Datums geäussert zu werden. Gerade dieses Heranziehen und Anpassen älteren Gedächtnismateriales an das jüngere bildet einen Grundzug in der infantilen Psyche.

Diese Assimilation vollzieht sich anfänglich öfter unter instinctivem Zögern; es wird aber, sobald hierdurch ein halbwegs glaubbares logisch

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gefügtes Product erzielt wird, dieses als richtig angenommen und vorgebracht, „indem es so sein müsse". Selbstcorrecturen erfolgen manchesmal. Je weiter die Wahrnehmungen für das ältere Erinnerungsmaterial zurückliegen, je verblasster sie sind, desto differenter sind nach Inhalt, nach Ort und nach Zeit die die Erinnerungsfälschungen constituirenden Elemente.

Bei der Prüfung der Merkfähigkeit für complexe optische Wahrnehmungen wurde neben den anderen Methoden auch die des Niederzeichnens (Groos) in Anwendung gebracht. Abgesehen von einer unrichtigen Wiedergabe geometrischer Figuren, Linien und Winkeln wurde das Ensemble vielfach ungetreu, zum Theile mit dem Originale widersprechend reproducirt. So z. B. wurde beim Entwerfen des Grundrisses des Krankenzimmers trotz vorangegangener Durchmusterung desselben ein unrichtiges Elaborat geliefert mit frei erfundenen Einzeichnungen (z. B. mit Gegenständen anderer Zimmer). Auch beim Niederzeichnen einer vorher wohl eingeprägten Abbildung — eine ländliche Stube vorstellend — wurde ein inhaltlich damit stark abweichendes Bild zusammengestellt, welches den Untersuchungspersonen selbst beim Vergleichen mit dem Original Ueberraschung bereitete. Es waren weniger die Auslassungen, als vielmehr positive eigenmächtige Zugaben, welche die Untreue in der Wiedergabe ausmachten.

Die Beurtheilung aller geschilderten Reproductionsfehler lehrt, dass dieselben im Einklange mit den erhobenen Fundamentalerscheinungen eines infantilen psychischen Mechanismus stehen und als practische Folge die früheren theoretischen Erwägungen bestätigten.

Diese Fehler hatten bei Gruppe I. zur Grundlage:

1. Störungen des Beachtungsvermögens, insbesondere mangelhafte Fähigkeit einer raschen und concisen Auffassung complexer Wahrnehmungen.
2. Unvollständiges Abstractionsvermögen.
3. Tendenz zur Ueberschätzung von Grössenmaassen.
4. Insufficienz der Gedächtnissenergie und Gedächtnisstreue.
5. Unselbstständigkeit und Unfertigkeit im Urtheilsvermögen, Neigung zu kategorischen Analogieschlüssen mit Unvermögen im richtigen Ermessen der Tragweite einer Behauptung.
6. Regsamkeit der combinirenden Einbildungskraft und Ueberwuchern derselben über das erlaubte Maass.
7. Erhöhte Suggestibilität (Inducirbarkeit).
8. Disposition für angstvolle Affectausbrüche mit erleichtertem Ueberwerthigwerden von Begleitaffecten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

9. Neigung für ein eigenartiges, am zweckmässigsten mit dem Ausdrucke „Spielen“ charakterisirbares Vorgehen.

Bei der Gruppe II. gestaltet sich die Berichterstattung (= spontane Aussage) inhaltlich wesentlich gegenstandsvoller, kritischer. Die Darstellung kommt der Wirklichkeit um Vieles näher; das in Betracht kommende Gedächtnissmaterial wird sorgfältiger behandelt. Die Hauptmomente gewinnen gegenüber den Nebenumständen. Auslassungen von Einzelheiten sind seltener und betreffen mehr Nebenmomente. Falsche Aussagen — bedingt durch ursprünglich fehlerhafte Auffassungen und durch Veränderung ursprünglich richtiger Auffassungen im Laufe der Zeit — kommen noch in einer bemerkenswerthen Häufigkeit vor, echte Erinnerungsfälschungen hingegen nur ausnahmsweise. Hier wurden verhältnissmässig oft unbestimmte Antworten oder Zugeständnisse des Nichtwissens erhalten, was auf Selbstcontrolle und Selbstcorrectur schliessen lässt.

Die Antwort: „Das weiss ich nicht mehr“, wurde hier ungleich häufiger erhalten als bei Gruppe I., woselbst sie in der Regel als Zeichen beginnender Ermüdung oder Ablenkung zu gelten hatte.

Bei Gruppe II. überragt das Wissen die Aussagetreue (Stern). Die Störungen der Aussagetreue beruhen hier vorzugsweise auf einer Einflussnahme subjectiver und suggestiver Momente auf die gesammte Auffassung sowohl im Momente der Wahrnehmung, als während des Zeitraumes zwischen Wahrnehmung und Aussage.

Im Examen nähern sie sich stark der Gruppe I. Sie verlieren an Sicherheit der Aussage, werden in der Aussage durch Pression oder Ueberredung bestimmbar. Trotz erhaltener Beantwortungsmöglichkeit lassen sie sich leicht einschüchtern, in die Enge treiben, überraschen und sind dann im Stande, die im Eigenberichte nach Wissen und Aussagetreue richtig gemachten Angaben in einer vom Examinator bestimmbaren Weise zu corrigiren, d. i. abzuändern oder zu widerrufen.

Auch diese Gruppe erweist sich als inducirbar und zeigt im gegebenen Momente das Bestreben, die inducirten Vorstellungscomplexe zu assimiliren und nach Verdrängung ihres ursprünglichen richtigen Erinnerungsinhaltes associativ zu kräftigen.

In dieser Form ist somit auch bei Gruppe II. des psychischen Infantilismus die Möglichkeit für das Auftreten von Erinnerungsfälschungen gegeben, allerdings in einer evident pathologischen Häufigkeit nur beim Examen (= Verhör), und zumal bei einem in obiger Weise inscenirten.

Die in Erinnerungsfälschungen fussenden Störungen der Aussage bilden einen wichtigen Zweig ihrer Pathologie und deren Forschung.

Sommer hat alle möglichen Bedingungen einer pathologischen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aussage zusammengestellt. Er unterscheidet bei volljährigen (erwachsenen) psychopathischen Persönlichkeiten nachstehende Formen:

1. den paranoischen Typus;
2. den hallucinatorischen Typus;
3. den pseudologischen Typus der schwachsinnigen mit moralischen Defecten;
4. den psychogen-autosuggestiven und
5. den paramnestischen Typus.

Bei psychisch normalen Individuen:

6. die rein kriminelle Form,
7. die Form normal-psychologischer Selbsttäuschungen, die graduell in's pathologische Gebiet übergehen.

Der paramnestische Typus reicht nach den Ausführungen Sommer's noch weit in scheinbar normal-psychologisches Gebiet hinein. Es handelt sich hierbei besonders um Fehlerinnerungen, die das wirkliche Nichtwissen verdecken. Auf pathologischem Gebiete betrifft dies hauptsächlich amnestische Zustände, wobei die Lücken über die Zeit der Bewusstseinstrübung mit associativen Erinnerungsfälschungen ausgefüllt werden. Die dem Infantilismus eigenen Fehlerinnerungen besitzen eine andere Genese und psychologische Dignität, weshalb hier die eine falsche Aussage bewirkenden Erinnerungsfälschungen dem Sommer'schen paramnestischen Typ — trotz äusserer Aehnlichkeit — eigentlich nicht zuzurechnen sind. Vielmehr möchte ich diese Form paramnestischer Aussagefälschung als „infantilen Typus" dem Sommer'schen paramnestischen Typus angliedern.

Es ist volle Berechtigung vorhanden, die Aussagen der Infantilen schon vermöge ihrer Qualität als Kinderaussagen einzuschätzen, abgesehen davon, dass die allgemeine Fehlerconstante in der Aussagetreue eine für die Altersklasse des vollendeten 2. Lebensdecenniums viel zu hohe — um es gleich zu sagen — eine de facto dem reifen Kindesalter zukommende ist (Stern).

In zweiter Linie — nächst dem Phänomen der Erinnerungstäuschungen — ist der den Infantilen vom Typ der Miniaturpsyche gemeinsame Verstimmungszustand zu besprechen. Schon die erstmalige, allgemein gehaltene psychiatrische Zustandsuntersuchung liess das Vorhandensein eines eigenartigen Verstimmungszustandes erkennen, noch mehr aber das specielle Studium von Stimmungslage und Gemüthsleben.

Ich wiederhole hier kurz: Allgemeiner Eindruck von Verzagtheit und Kleinmuth; stilles gedrücktes Wesen; Grübelsucht; Aengstlichkeit mit weinerlichen Affectausbrüchen; Besorgnisse und Befürchtungen für die Zukunft, für den Beruf, für die Existenz; Krankheitsfurcht, Furcht

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vor Arbeitsunfähigkeit, vor Seuchen, Krieg, Operationen, Feuersbrünste, Erdbeben, Verbrechen, Besorgnisse wegen der bevorstehenden Militärzeit, wegen frühen Todes der Eltern etc.

Dieser Zustand sorgenvoller Erwartungen und Befürchtungen geht mit einer Selbstwahrnehmung der eigenen Unfertigkeit und Haltlosigkeit einher.

Dieser kleinmüthige Verstimmungszustand und Mangel an Selbstvertrauen hat sich als nothwendige, sozusagen physiologische Folge aus der ganzen Individualität dieser Menschen heraus entwickelt: das fruchtbare Moment hierfür ist in dem eminent erschwerten, bezw. nur theilweise ermöglichten Vermögen der Loslösung von den kindlichen Werthen in der gegebenen Altersstufe gelegen.

Ich möchte diesen eigenartigen, an sich wohl umgrenzbaren Depresssionszustand psychisch „kleiner" Persönlichkeiten mit seinen Anfängen in den späteren Pubertätsjahren kurz als den „infantilen Verstimmungszustand" bezeichnen. Er stellt uns eine Grenzform zwischen physiologischer Breite und psychopathischem Gebiete vor, welche bei geeigneten Vorbedingungen leicht graduell ins letztere übergehen kann, in eine echte depressive oder Angstpsychose.

Im Allgemeinen können als Unterscheidungsmomente zwischen infantiler Verstimmung und echter depressiver Psychose herangezogen werden: Fehlen einer pathologischen Gedankenhemmung mit erschwertem Ideenablaufe, Fehlen von Selbsttötungsdrang und Nahrungsverweigerung, von Kleinheitswahnvorstellungen und Selbstanklagen, ferner die Abhängigkeit des Verstimmungsgrades von äusseren Verhältnissen in dem Sinne, dass durch geeignete Fürsorge und Zuspruch eine Besserung, durch conträre Umstände eine Wendung zum Schlechteren bedingt wird.

In der Literatur stösst man des Oefteren auf Beschreibung eines derartigen Verstimmungszustandes. Schon älteren Psychiatern war bei jugendlichen Individuen — „Adolescentes" — ein weinerliches Grundtemperament mit Neigung zu Hypochondrie aufgefallen (Griesinger, Schüle, Emminghaus). Sie bezogen diese Erscheinungen insgesammt auf Störungen der Reifeentwicklung. Emminghaus weist bereits auf die Gefahren der Reifeentwicklung für hereditär belastete und infantil gebliebene Menschen hin und nennt hierbei als Gefolgschaft des Infantilismus psychische Hyperalgie, Depression, Neigung zu allerlei ängstlichtrauriger Verstimmung, ohne dass wirksame Gelegenheitsursachen vorherzugehen brauchen. Moreau betont das Auftreten eines Zwangs- und Skrupellebens bei Menschen mit verzögerter Körperentwicklung in einem Alter, in welchem der Mensch bereits geklärt sein sollte.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In anschaulicher Weise beschreibt Kraepelin Verstimmungsphasen bei psychopathisch veranlagten Menschen, die er zum Theil als „constitutionell Verstimmte", zum Theil als „Haltlose" führt. „Die Kranken sind ängstlich, verzagt, ohne Selbstvertrauen, schwer von Entschluss, schrecken vor jeder Verantwortung zurück, geben sich mit Vorliebe unfruchtbaren hypochondrischen Grübeleien hin — Sie besitzen oft ein äusserst peinliches Gefühl der Behinderung durch die eigene Unzulänglichkeit und haben eine besondere Empfänglichkeit für die Sorgen und Mühsale des Lebens. Ihr Mangel an Ausdauer und Thatkraft tritt oft erst dann hervor, wenn sie aus dem Schutze der häuslichen Verhältnisse heraustreten; sie sind dem Einflusse des Beispieles und der Ueberredung im höchsten Grade unterworfen. — Es fehlt ihnen das Vertrauen in die eigene Kraft; jede Aufgabe steht vor ihnen wie ein Berg."

Nach dieser Darstellung deckt sich „constitutionelle" und „infantile" Verstimmmung in so viel Cardinalpunkten, dass sich von selbst die Frage ergiebt, ob nicht dem „constitutionellen" depressiven Zustande — sofern dieser erst in den Entwicklungsjahren merklich hervortritt — ein psychischer Infantilismus der II. Kategorie zu Grunde liegen könnte.

Es ist in der Natur der Sache gelegen, dass sich der Infantilismus, zumal bei seinem Hervortreten in den kritischen Jahren, mit funktionellen Neurosen mannigfacher Art vergesellschaften, bezw. schon von vornherein mit einer neuropathischen Diathese complicirt sein kann. Es bedarf sodann nur wirksamer Agents provocateurs, um latente Symptomencomplexe binnen kurzem — fast acut — in die volle Erscheinung gelangen zu lassen.

Es ist aber auch der ganzen Wesenheit einer infantil gebliebenen Psyche eigen, dass auf ihrem Boden echte Psychosen in wohlumgrenzbaren Zustandsformen entstehen können in dem Sinne: dass der Infantilismus als solcher die Ursache und die Psychose die gegebene symptomatologisch darstellbare Folgeerscheinung vorstellt. — Ja es kann füglich ausgesprochen werden, dass der infantile Entwicklungsgrad — körperlich und psychisch sogar hierzu disponirt. Die Auslösung solcher „infantiler" Psychosen erfolgt entweder indirect mit einer Neurose als vermittelndes Zwischenglied oder direct als Krankheit sui generis.

Die functionellen Neurosen, denen diese Vermittlerrolle zukommt, rangiren sich zu 3 grösseren Gruppen, nämlich zur Gruppe der Neuro-Psychasthenie, der psychogenen Neurosen und der Zwangsneurose.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach dem gegenwärtigen Stande der Forschung lässt sich approximativ aussagen, dass die psychogene Neurose die „Hausneurose" des echten [psychischen Infantilismus (= I. Kategorie) darstellt, wogegen die neuro-psychasthenische und die Zwangsneurose mehr die zweite Kategorie befällt, — zumal die beiden letztgenannten Neurosengruppen aus der ganzen Eigenart der Pathologie dieser Infantilismuskategorie leicht erklärlich sind.

Betreffs der Zwangszustände steht fest, dass schon einfache Gemüthsverstimmungen häufig die Wurzeln für Zwangsbefürchtungen abgeben; im Zusammenhange damit entstehen dann leicht Angstgefühle, Willensschwäche, Unselbstständigkeit und Befangensein, also insgesammt Erscheinungen, die der infantilen Psyche zuzumessen sind.

Es wäre unrichtig, die Befürchtungen der Infantilen und deren Ausdrucksform schon als echte Zwangszustände zu qualificiren, insolange Zwangsimpulse — und Handlungen fehlen. Allerdings können diese letzterwähnten das ursprüngliche Krankheitsbild erweitern, sogar überdecken und hiermit die echte Zwangsneurose, bezw. — Psychose fertig stellen.

Von den somatischen Anzeichen der Neurosen sei cursorisch hervorgehoben: rasche Ermüdbarkeit, Muskelzitttern, Steigerung der Sehnenreflexe, Tachykardie, neuralgiforme Schmerzen, Dyspepsie, vasomotorische Phänomene, Schweissausbrüche, Athembeschwerden, Druckempfindlichkeit der Nervenpunkte, zonenförmige Hyperaesthesien, Anaesthesien, concentr. Einschränkung des Gesichtsfeldes, Aphonie, Meteorismus (Tympanites), Atonien der glatten Muskulatur u. s. w.

Mannigfach sind die Gelegenheitsursachen für die in Rede stehenden Infantilismus-Complicationen. In erster Linie sind es Schreck, starke und anhaltende Gemüthserschütterungen, Kummer, Todesfälle in der nächsten Umgebung, Unglücksschläge, überhaupt schwer assimilirbare chokartig einwirkende Eindrücke, die die betreffenden Individuen wie vor eine unfassbare Thatsache oder eine unlösbare Aufgabe stellen; endlich ist es auch körperlicher und moralischer Zwang: wie z. B. Freiheitsberaubung, Ehepflichten, öffentliche Pflichten, Beraubung der gewohnten Stützen, endlich Krankheiten, Operation, selbst Dysmenorrhoe u. a. m.

Eine 23jährige, körperlich infantil gebliebene Frau, die bisher stets nervengesund war, auch niemals an einer Neurose litt, wurde einige Tage nach ihrer Hochzeit plötzlich während der Nacht von einem raptusartigen ängstlichen Ausnahmszustande mit Selbstanklagedelir befallen und musste von den Angehörigen in eine geschlossene Anstalt überführt werden. Nach zwei Tagen trat Aufhellung des Sensoriums mit Uebergang in einen typischen infantilen Verstimmungs-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zustand ein, der noch monatelang anhielt und schliesslich ausheilte. Kurz nach der Wiederkehr ins Haus des Gatten neuerlicher — wenn auch wesentlich geringerer — Anfall, darauf hin Refus eines weiteren ehelichen Zusammenlebens und Rückkehr ins Elternhaus. Die Frau ist seitdem gesund geblieben. Hysterische Stigmata fehlten.

Bislang können nachstehende Formen infantiler Psychosen — theils mit, theils ohne ohne Neurosencomplication — aufgestellt werden:

1. Transitorische Geistesstörungen: pathologische Affectzustände, raptusartige angstvolle Ausnahmszustände.
2. Protrahirte Dämmerzustände.
3. Acute hallucinatorische und ängstliche Verworrenheit.
4. Subacute und chronische paranoide Zustandsformen.
5. Melancholische und hypochondrische Krankheitsbilder bei geordnetem psychischen Hintergrunde (Angstpsychosen).

Im Laufe der Zeit mehrten sich die Beobachtungen über infantile Psychosen, seitdem das Augenmerk diesem Gegenstande zugewendet wurde. — Eine ziemliche Reihe von Krankengeschichten liegt zur Hand, die sich für das gesammte Infantilismusstadium instructiv und fruchtbringend erweisen und die Casuistik nützlichst auszugestalten vermögen.

Die infantilen Psychosen lassen — im allgemeinen gesprochen — ihren infantilen Hintergrund in der Regel unverkennbar durchscheinen; — Sie sind vielfach Miniaturausgaben von psychischen Erkrankungsformen nach Grösse, Art und Dauer der Symptomatik. —

Von den zur Verfügung stehenden Selbstbeobachtungen mögen die nachstehenden kurz mitgetheilt werden.

I. Fräulein Bertha B., 24 Jahre vollendet, Beamtenstochter; auf die Klinik aufgenommen im Januar 1905.

Das Fräulein stammt aus einer nervösen Familie, ist besonders mütterlicherseits belastet. Sie war ein stets schwächliches, aber aufgewecktes Kind, entwickelte sich körperlich langsam, blieb hinter den Altersgenossinnen zurück. Gute Schulerfolge. War immer ordnungsliebend, nett, liebevoll gegen die Eltern, hing besonders an der Mutter mit grosser Zärtlichkeit. Sie wurde von den Eltern verhätschelt, sorgsam behütet, und nach der Aussage der Eltern bis in die letzten Jahre gleich einem Kinde behandelt. — Sie beschäftigte sich am liebsten mit Mädchenspielen und häuslichen Arbeiten, zeigte nie Interesse für die „Welt", wurde auch vor der „Welt" behütet. Sie war stets sehr fromm, liebte religiöse Lectüre. Bis in's dritte Lebensdecennium hinein konnte sie bei kleinlichen Anlässen noch wie ein Kind weinen — zumal wenn sie gescholten wurde — aber auch ausgelassene Freude zeigen. Die ersten Menses traten im 18. Lebensjahre auf, sistirten dann durch volle zwei Jahre. Menses gegen-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wärtig schwach, doch regulär. Patientin blieb völlig unselbstständig, wurde von ihrer Mutter deshalb auch stets „gardirt". Ausserdem war sie in hohem Maasse schreckbar und furchtsam.

Sie blieb bis zum vorigen Jahre körperlich und geistig gesund, von blühendem Aussehen. Auch von Nervosität wird nichts berichtet.

Im Vorjahre (= 1904) bekam Patientin einen Heirathsantrag seitens eines Jugendbekannten. Seit dieser Zeit ist sie verändert, „aus ihrer Ruhe herausgebracht". — Sie wurde angstvoll erregt, kopfhängerisch, befragte alle Personen ihrer Umgebung — darunter auch die Köchin — um Rath. Sie lehnte schliesslich unter dem Einfluss der Eltern den Antrag ab und wurde darnach aufgeregt, schlaflos, ass wenig und unregelmässig, machte sich Vorwürfe, den Bewerber beleidigt zu haben. Nach einer erfolglosen Aussprache mit dem Bewerber wurde sie geistig ganz verändert; lebte nunmehr wie im „Traum" dahin, wurde tagsüber öfter starr ($^1/_4$ Stunde lang), ohne auf etwas zu reagiren, glaubte mehreremals den Bewerber vor sich zu haben, sprach ihn per „Du" an; dabei wurde sie gegen die Mutter ablehnend, flüchtete sich öfter vor ihr, verriegelte hinter ihr die Thüre, machte derselben Vorwürfe. Vollführte seltsame Handlungen, verbrannte z. B. ihre Visitenkarten mit der Motivirung, sie wolle sich dem lieben Gott widmen, verbrannte auch ein Bild, ein nacktes Kind darstellend, bezeichnete ihre zu Besuch gekommene Tante als fremde Zigeunerin, lief vor ihr davon.

Körperlicher Befund: Körperlänge gestreckt 152 cm, Körpergewicht 48 kg; infantiler Habitus; macht den Eindruck eines 14—15jährigen Mädchens; sehr graciler Knochenbau; anämisch; Carotiden zart, dünn; Stimme und Mimik kindlich; Zahnwechsel vollendet; rechts Hemialgie; Plexus solaris druckempfindlich. Areolamamma; Puls klein; Sehnenreflexe vorhanden; Plantarreflexe ohne motorischen Effect. Pupillen reagirend, sehr weit. Thymus fraglich. Pubes gering. Inneres Genitale nicht untersucht. Würgereflex sehr schwach.

Psychischer Befund: Sensorium traumhaft getrübt. Halbbewusstes Auffassen der Umgebung. Die Kranke benimmt sich unruhig, affectlabil, weint, lacht, betet durcheinander; verkennt offenkundig ihre Situation und die Personen der Umgebung. Die Mimik hat einen gespannten Ausdruck, die Augenbrauen sind hochgezogen. Die gestellten Fragen werden zum kleinen Theil sinngemäss beantwortet, zum grösseren Theil in einem verwunderten Tone wiederholt. — Gegen die körperliche Untersuchung inscenirt sie einen lebhaften Widerstand „es sei dies Sünde", bekreuzigt sich dabei; hält Stuhl und Urin zurück „es sei Sünde auf den Leibstuhl zu gehen, sie dürfte nicht Gottes Gnade verscherzen". Bei der Visite kniet sie sich nieder, bittet wie ein Kind, man möge sie zum lieben Herrgott gehen lassen. — Die Kranke ist örtlich und zeitlich desorientirt.

Nach 8 Tagen beginnt Patientin ein Benehmen wie ein 6—7jähriges Kind zur Schau zu tragen; giebt selbst an, sie sei wieder ganz Kind geworden. Möchte in die Schule gehen; verspricht ein folgsames Kind zu sein, bittet um Spielzeug; spricht immer von „Mutti;" ahmt kindliche Sprechweise nach; beim

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bitten Zusammenschlagen der Hände, wie es Kinder zu thun pflegen; betet Kindergebete; bittet den „Himmelpapa“ um Verzeihung.

Dieser Zustand geht nach einer Woche in einen submanischen Erregungszustand mit läppisch heiterer Verstimmung über; die Kranke beginnt viel zu lachen, sich ausgelassen muthwillig zu benehmen; dabei nach wie vor Benehmen nach Kinderart, Bitten durch Zusammenschlagen der Hände; bittet den „Himmelpapa“ um Spielsachen; sei gestern schlimm gewesen, wolle heute wieder ein braves folgsames Kind sein.

Drei Wochen nach der Aufnahme wird Patientin allmälig lucid, beginnt sich zu orientiren, ihrer Situation bewusst zu werden: hat über den bisher durchgemachten Zustand nur ein traumhaftes Erinnerungsvermögen. Bittet um ihre Entlassung in's Elternhaus: verfällt dann in einen Verstimmungszustand ganz nach dem beschriebenen infantilen Gepräge.

Nach etwa 8 Wochen — nachdem Patientin wieder in häusliche Pflege zurückgekehrt war — noch Fortdauern dieses Verstimmungszustandes mit hysterischem Einschlag bei andauernd lucidem Sensorium.

Zusammenfassung: Paradigma eines echten körperlichen und psychischen Infantilismus. Unvermögen der Assimilirung eines neuen fremden Ideencomplexes, nämlich Heirath. Dadurch Auslösung einer complicirenden hysterischen Psychoneurose unter dem Bilde eines Dämmerzustandes mit unverkennbarem Durchschimmern des infantilen Entwicklungsgrades. Episodäres Zurückversetzen in eine frühere Lebensepoche und episodärer submanischer kindischer Erregungszustand bei Fortdauer der traumhaften Bewusstseinstrübung. — Staffelförmiges Lucidwerden; Eintreten eines hysterisch gefärbten infantilen Verstimmungszustandes — Dauer des Dämmerzustandes im Ganzen 6 Wochen.

Diagnose: Completer infantiler Entwickelungsgrad. Psychogener Dämmerzustand.

II. Frau Ida B., 29 Jahre alt, Musikerfrau aus Wien; aufgenommen im Juni 1904 auf Verfügung der Sicherheitsbehörde.

Patientin stammt von einem schwer „nervösen“ Vater ab; entwickelte sich als Kind normal, lernte gut. — Seit dem 18. Jahre menstruirt; Menses stets mit nervösen Begleiterscheinungen. Mit dem 24. Jahre Eheschliessung; hat zweimal geboren. Normale Geburten und Wochenbetten; konnte wegen einsetzender nervöser Störungen nicht selbst stillen. Ist eine übertrieben ängstliche Mutter. Leidet seit der Verehelichung an Zwangszuständen. Im Vorjahre fing ihr älteres Kind zu hinken an; als das Kind einer Hüftgelenksoperation unterzogen werden sollte, wurde Patientin derart „alterirt“, dass sie zwei Monat krank und bettlägerig wurde: sie wurde von einer übergrossen Aengstlichkeit erfasst, weinte viel, gab das Kind nicht von ihrer Seite, ass wenig, schlief trotz Schlafmittel nicht. — Die Operation musste unterlassen werden. — Im Februar 1904 erlitt Patientin wegen Erkrankung ihres zweiten jüngeren Kindes neuerliche Gemüthserschütterungen, machte anhaltenden

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kummer und Sorge durch, wurde dadurch hochgradig angstvoll, rathlos, unruhig, freudlos. Behufs Wechsel der Lebensverhältnisse begab sie sich im Juni mit dem älteren Kinde in die Umgebung von Graz; hier wurde sie binnen wenigen Tagen derartig aufgeregt und von düsteren, angstvollen Zukunftsbildern heimgesucht, dass sie sich sammt ihrem Kinde in einem raptusartigen Angstparoxysmus in den Murfluss stürzte, eine Strecke fortgeschwemmt wurde und mit grosser Mühe gerettet werden konnte. Mittels Rettungswagen auf die Klinik gebracht, bot sie folgenden Status psychicus dar:

Pathologisch depressiver Affectzustand mit agitirten Angstausbrüchen. — Sonst geordneter psychischer Hintergrund mit inacter Orientirtheit. Geringe Gedankenhemmung. — Die Kranke macht folgende amnestische Angaben:

Sei stets ein leicht verzagtes, verschüchtertes Mädchen gewesen. Seit der Verheirathung lebe sie bei gutem Eheleben in ewigen Besorgnissen und Befürchtungen. Speciell sei dies seit den Entbindungen. Jedesmal nur wenige Tage Lactation. Die letzte Entbindung vor 2 Jahren. — Seitdem sie Kinder habe, sei sie sehr nervös, schreckhaft, leide an rascher Ermüdbarkeit, an neuralgischen Schmerzen und Muskelzittern. Sehe seither die Zukunft in den schwärzesten Farben. Grossen Kummer bereite ihr die Hüftgelenkerkrankung ihres älteren Kindes; sie lebe in steter Sorge, dass ihr Kind ein Krüppel verbleibe. Die sorgenvollen Gedanken kehren ihr zwangsmässig wieder und seien jedesmal mit grosser Angst verbunden. Dieser Zustand habe sich constant verschlechtert; durch die zwangsmässigen Angstvorstellungen sei sie ganz verzweifelt geworden, wusste sich keinen Rath mehr, was mit dem Kinde zu beginnen sei. Nach Steiermark verschickt, wurde sie täglich schlechter, da sie nun ganz auf sich selbst angewiesen war und der gewohnten Stütze seitens des Gatten entbehren musste. Die Sorge um ihr Kind quälte sie fast zu Tode, so dass sie in einem Angstanfalle mitsammt dem Kinde zu sterben beschloss und sich in den Fluss warf. — Die Kranke vermag die Einzelheiten während des Suicidversuches anzugeben: sie habe einen Zwang in sich verspürt, sich und das Kind aus dem Leben zu schaffen. Sich selbst überlassen ist sie grübelsüchtig, weint viel, äussert stereotype Befürchtungen, concentrirt Klagen und Sorgen auf die Krankheit ihres Kindes und ihre Internirung.

In den psychisch freieren Phasen kommt ein evidenter infantiler Entwicklungsgrad zum Vorschein.

Sie verfügt trotz ihrer 30 Jahre über ein unreifes Urtheil; hat naive Anschauungen über naheliegende Lebensprobleme und einen Hang für Mystisches, ist übertrieben furchtsam, in hohem Maasse bestimmbar und suggestibel, „ganz in Händen“ ihrer nächsten Umgebung. Der allen Infantilen eigene Zug, die Gleichaltrigen als gereifte Erwachsene der eigenen Person gegenüber zu stellen und sich ihnen gegenüber als Unerwachsene zu fühlen, ist auch wieder zu finden.

Körperlich macht Patientin einen viel jugendlicheren Eindruck als den Jahren entsprechend. Körpergewicht 45 kg bei 153 cm Körperlänge. Das Gesicht speciell mädchenhaft. Die secundären Geschlechtscharaktere normal entwickelt. Vasomotorische Phänomene. Pupillenreaction, Sehnenreflexe und Hautsensibilität intact.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Krankheitsverlaufe bleibt Patientin depressiv ängstlich verstimmt, klaghaft, rathlos; kann sich nicht aufraffen, bringt stets ein und dieselben Klagen vor. Jammert, bittet und fleht oft wie ein geängstigtes Kind. Je nachdem die Kranke unter dem Einflusse der Anstaltsfunctionäre oder ihrer Angehörigen steht, ist sie bald corrigirend, bald correcturlos. Sie sucht ihr „Unglück" und ihre Internirung mit dem früheren Leben in Zusammenhang zu bringen, versucht Erklärungen aufzubringen und eine Beweisführung für die Nothwendigkeit ihres Vorgehens zu liefern. In den Erklärungsversuchen und im Heranziehen von Argumenten kommt ihr unfertiges, ungemein bestimmbares, „kleines" Urtheil so recht zum Ausdrucke.

Im August verübte die Kranke bei unveränderten Krankheitserscheinungen während eines Raptus neuerlich einen ernstlichen Selbsttödtungsversuch im Anstaltsgarten. Die Kranke wird darauf in eine geschlossene Heil- und Pflegeanstalt abgegeben.

Zusammenfassung (mit Diagnose) und Epikrise: Infantiler psychischer Entwicklungsgrad vom Typ der Miniaturspyche. Partieller körperlicher Infantilismus. — Seit der Verehelichung Zwangszustände (Zwangsgedanken und Befürchtungen). Durch permanente affectiv-traumatische Einflüsse wird eine Depression mit zwangsartigen Angstvorstellungen unterhalten; erschwertes Assimilationsvermögen peinlicher Eindrücke. Ueberwerthigwerden von Angstaffecten, raptusartige Suicidtriebe. — Erklärungsversuche. Zusammenfassung: Pathologischwerden einer durch vorhandene exogene Motive bedingten Depression zum klinischen Bilde eines ängstlich-depressiven Irreseins, einer Angstmelancholie.

Der Charakter der Psychose weicht vom Bilde der klassischen Melancholie wesentlich ab, — reicht vielmehr nicht heran — abgesehen davon, das hier äusserliche an und für sich nicht pathogene Momente die direct auslösende Ursache abgaben, in dem Sinne, dass die Psychose ohne diese Ursache höchstwahrscheinlich ausgeblieben wäre.

Der anfängliche verschleierte Hintergrund tritt im Krankheitsdecurse schärfer und plastischer hervor, und lässt den Thatbestand eines Infantilismus aus nachstehenden Momenten unschwer diagnosticiren: Einförmigkeit der Symptomatik, hohe Inducirbarkeit, Ueberwuchern der Einbildungskraft, unreifes Urtheil, naive Erklärungsversuche, Schreckhaftigkeit und Furchtsamkeit, Mangel an geschlossener Erfahrung, enger Ideenkreis, kindlicher Charakter, Bedürfniss nach „Stützen". Mangel an consequentem Handeln.

Eine Imbecillität ist anamnestisch und klinisch nicht nachweisbar.

Zufolge der Abhängigkeit der Krankheitsäusserungen von zufälligen Vorkommnissen gestaltet sich der Verlauf zu einem atypischen, schleppenden und wechselvollen, in Remissionen und Exacerbationen einhergehenden. — In Coincidenz hiermit eine vom Typus abweichende

Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Gewichtskurve. — Conträr zu dieser infantilen Psychose bleibt der Verlauf der echten Melancholie von äusserlichen Momenten in der Regel unbeeinflussbar.

III. Valentin M., 22 Jahre alt, aus Steiermark, mit Bauernarbeit beschäftigt. Aufgenommen Ende 1905.

Die Anamnese besagt, dass der hereditär nicht schwerer belastete Kranke in frühester Jugend und im Jünglingsalter körperlich und geistig gesund war, trotzdem in der Gesammtentwicklung hinter den Altersgenossen zurückblieb. Wegen dieser „körperlichen Zurückgebliebenheit" ist er militärfrei. In seiner Gemeinde gilt er als gutmüthiger, harmloser, fleissiger, verschüchteter, dem Hause anhänglicher Junge.

Vor einem halben Jahre erste sexuelle Bethätigung. Seit dieser Cohabitation ist der Kranke „nervenleidend", trotzdem er keine Geschlechtskrankheit acquirirte. Er wurde hypochondrisch verstimmt, begann über alle möglichen Beschwerden zu klagen, so z. B. Herzbeklemmungen, Rückenschmerzen, rasche Ermüdbarkeit, Schlafmangel, Kopfdruckgefühle, Appetitlosigkeit, „Gänsehaut"; er wurde dann schwermüthig, von Reue und Gewissensbissen über seinen Fehltritt gequält, fühlte sich unwürdig zum Kirchenbesuche und zur Gemeinschaft der Menschen, glaubte sich von Gott verlassen, machte wiederholte Beichtgänge, ohne die angestrebte Gewissensberuhigung zu erreichen.

Bei der Aufnahme ist Patient pathologisch gedrückter Stimmung, doch ruhig; spricht spontan nichts, isst wenig, ist den Vorgängen in der Umgebung gegenüber indifferent. Beim Examen blickt er anfänglich stets furchtsam herum, spricht erst, wenn er mit dem Arzte allein ist. Er erweist sich als geordnet und orientirt, zeigt gutes Auffassungsvermögen, gutes Gedächtniss und giebt folgende Selbstdarstellung seiner Lebens- und Leidensgeschichte: Er sei stets ein furchtsamer Mensch gewesen; im Elternhause sei es am lustigsten hergegangen; dort habe er gerne Kameradschaft gepflogen; seine Kameraden seien schon alle „erwachsen" und ihm fremd geworden. Grosse Freude habe er stets am Singen und Spielen gehabt. Stets sei er ein zweifelsüchtiger Mensch gewesen. Mit grosser Vorliebe pflege er seit Jahren den Kirchenbesuch. Seit etwa 3 Jahren sei er „nachdenkerisch" geworden; es wurde nämlich sein Heimathshaus verkauft und er musste sich als Knecht verdingen. Mit dem Heimathshausverkaufe sei seine glückliche Zeit zu Ende gegangen. — Als Knecht habe er sich jährlich 30 fl. verdient und sei mit diesem Verdienst zufrieden gewesen.

Die ersten sexuellen Regungen seien mit dem 19. Lebensjahre aufgetreten; er habe zu masturbiren angefangen, nicht zu oft, etwa 6—10 Mal im Jahre. Stets habe er darnach starke Gewissensbisse verspürt, habe deswegen viel geweint und gebetet. Seit ein paar Jahren habe er auch die Bekanntschaft mit seinen Jugendfreunden aufgegeben, weil diese sich zu unanständig geberdeten und sich mit Mädchen abgaben. Im August 1905 habe er sich zum ersten Male mit einem weiblichen Wesen sexuell bethätigt; er sei zu einer Bauerntochter nachts in die Kammer gegangen, allerdings unter Bangen und Zagen, vorerst

Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

sogar aus Angst umgekehrt. Hätte das Mädchen ihn abgewiesen, wäre er ohnehin schnell fortgegangen; er habe nur deshalb den Act ausgeführt, weil das Mädchen ihn zu sich rief.

Patient sucht alle Ausdrücke, die sich auf die sexuelle Bethätigung beziehen, möglichst zu umgehen, beschreibt seine Cohabitation in einfältiger Weise, gebraucht für sie nur die Bezeichnung „Fehltritt". Seither fühle sich Patient krank und elend; er fühle keine Ruhe mehr, könne niemals wieder froh und lustig werden, „simulire" stets vor sich hin.

Der Kranke schildert im Laufenden seine bereits anamnestisch niedergelegten körperlichen Beschwerden. Während der Schilderung wird er ängstlich, verzagt, spricht leise und stockend, befürchtet, unpassende Worte auszusprechen. Er habe sich schliesslich allerlei Erklärungen gemacht, warum er so krank und elend werden musste und sei zur Ueberzeugung gekommen, dass Gott ihn gestraft habe, weil er Gottes Gnade verscherzt hätte. Sogar im Schlafe verfolge ihn die Strafe Gottes, da er einmal träumte, der Teufel habe ihn geholt. Dieser Traum sei ein Fingerzeig der Strafe Gottes gewesen, denn „hätte er den Fehltritt nicht begangen, hätte er unmöglich vom Teufel träumen können". Ein Weib hätte seinen Traum auch in diesem Sinne ausgelegt.

Er selbst sei allein an seiner Krankheit schuld und sei unwürdig geworden, in die Kirche und unter die Gemeinschaft guter Menschen zu gehen. Seine Beichten seien unwürdige gewesen, denn er habe zu wenig Reue gezeigt. Er empfinde wohl grosse Reue über seinen Fehltritt, aber immer noch zu wenig; auch sein früheres Leben (er meint die Masturbation) gereue ihn jetzt sehr; zu einer so grossen Reue, wie es nothwendig sei, könne er sich gar nicht mehr aufraffen. Er müsse Alles mit dem Tode büssen, doch vor dem Sterben habe er grosse Angst. Deshalb habe er sich bereits einmal versehen lassen.

Der intellectuelle Besitzstand ist seinem Bildungsgrade angemessen, entspricht aber nicht dem durchschnittlich erforderlichen Kenntnissschatze seiner Altersperiode. — Rechnen gelingt gut. — Die Schriftzüge sind trotz 6jährigen Schulbesuches unfertig, Orthographie und Ausdrucksweise ist die eines Schülers der untersten Klassen.

Körperlich macht der Kranke den Eindruck eines aufgeschossenen, anämischen, gracil gebauten Knaben von etwa 15, höchstens 16 Jahren. — Er ist gänzlich bartlos, hat unmännliche knabenhafte Gesichtszüge. Thorax desgleichen knabenhaft. Schilddrüse in Ordnung; am Herzen kein Vitium festzustellen. Puls constant über 80. Lebhafte vasomotorische Phänomene: livide, kühle Hände, Dermographie, Erythema fugax. Lunge gesund. Im Harn kein Eiweiss, kein Zucker. Hautsensibilität intact, Haut- und Schleimhautreflexe lebhaft. Genitale nicht verkümmert, für das Alter gehörig entwickelt. Pubes gering. Sehnenreflexe sehr lebhaft.

Decurs: Ab und zu kurze Raptusanfälle, besonders wenn sexuelle Regungen oder nächtliche sexuelle Träume auftreten. Jammert dann, sein Körper sei zerrüttet, es gebe keine Hülfe mehr für ihn, er sei von Gott verlassen, er fühle sich zu schwach, seinen Trieben Widerstand zu leisten, werde seinem „Laster" immer wieder unterliegen. In solchen Momenten ist der Kranke wie

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ausser sich, spricht von Suicid, malt sich sein Ende schrecklich aus. Schreibt in solcher Gemüthsverfassung seinen Eltern: „— Kränkt Euch nicht — der liebe Gott wird es machen, wie ich es verdiene — ich bin im Willen so schwach — es hilft alles nichts mehr — ich muss fort von dieser Welt — es wird mir schrecklich gehen — den ganzen Tag hab' ich keine Ruhe — ich muss die Strafe Gottes ertragen" — etc.

Im Gegensatz hierzu treten öfter temporäre, selbst Tage lang anhaltende Remissionen auf, und zwar beim Zurückgehen quälender Sensationen und durch Verschwinden thatsächlicher somatischer Beschwerden, durch Zuspruch und moralische Unterstütung; sachlichen Unterweisungen und Aufklärungen ist der Kranke viel weniger zugänglich, als dem unmittelbar überzeugendon Zureden.

In den psychisch freieren Phasen macht sich Patient sogar Pläne für die Zukunft, die durch ihre kindliche Fassung bemerkenswerth sind, z. B. „er wolle nach seiner Gesundung fleissig arbeiten, sparen und auf die Eltern acht geben, wenn sie alt werden".

In dieser angegebenen Weise zieht sich der Krankheitsprocess in unberechenbarem Wechsel der Erscheinungen bei hoher Abhängigkeit von dem jeweiligen subjectiven Status durch $^3/_4$ Jahre hin.

Zusammenfassung. Epikrise: Infantiler Entwicklungsgrad, psychisch stärker gezeichnet als somatisch. Partieller körperlicher Infantilismus. Anschliessend an die Aenderung der gewohnten Lebensverhältnisse (= Hinaustritt aus dem Elternhause in eine dienstliche Stellung) Einsetzen eines infantilen Verstimmungszustandes. Synchron damit der Durchbruch von Anzeichen eingetretener Pubertät mit sexuellen Regungen. Waren schon die ersten sexuellen Regungen nach eigener Aussage eine Quelle für Gemüthsveränderungen, so führte die masturbatorische sexuelle Bethätigung vermöge seines infantil gebliebenen, skrupelhaft veranlagten, sonst gutartigen Charakters zu einer Reihe von peinlichen inneren Conflicten. Verdichtung des infantilen Verstimmungszustandes zu einer pathologischen — anfänglich rein pathophobisch gefärbten — Depression nach stattgehabter erstmaliger Cohabitation. — Complication dieses Depressionszustandes mit einer höhergradigen vorwiegend sexuell concentrirten Psycho-Neurasthenie. Allmählich progressive Steigerung der Symptome nach Umfang und Tiefe, bedingt durch constante Einwirkung neurasthenisch-subjectiver Beschwerden auf die Gemüthslage, Auftreten von Erklärungsversuchen bei intellectueller Deviation, Ueberwuchern der Einbildungskraft, Entstehen von Insufficienzvorstellungen, Selbstanklagen, Kleinheitswahnideen mit Consequenzenziehen: Entstehen des vollen Krankheitsbildes der hypochondrischen Melancholie.

Analog der vorher beschriebenen Krankheitsform (Fall Ida B.) ist auch hier ein wechselvoller, ungleichartiger und protrahirter Krankheits-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verlauf im Rahmen einer ziemlich einförmigen und eingeengten Symptomatik zu constatiren. Wie im jenen treten auch im vorliegenden Falle unberechenbare Remissionen und Exacerbationen in die Erscheinung, letztere durch recente neurasthenische, ihrerseits wieder durch sexuelle Regungen unterhaltene Beschwerden hervorgebracht, erstere durch Abblassen der subjectiven Beeinflussungen und durch suggestive Einwirkung erzeugt.

IV. Fräulein Paula H., 28 Jahre alt, aus Graz, häuslich beschäftigt, aufgenommen im März 1905.

Die Mutter der P. laborirte als Mädchen an einem hartnäckigen „Nervenleiden". Näheres darüber ist nicht bekannt. Sonst keine Heredität. Pat. selbst — eine Frühgeburt mit 8 Monaten, — war als Kind sehr schwächlich und zart, lernte zur rechten Zeit gehen und sprechen, bot normale intellectuelle Entwicklung; sie besuchte durch 8 Jahre die Schule mit gutem Erfolge bei erschwerter Lernfähigkeit. — War ein stets gutmütiges, lenksames, jedoch stilles, verschüchtertes und sehr empfindliches Kind. Sie absolvirte — wegen ihres ausgesprochenen Talentes für Malen und Zeichnen — eine Malerakademie.

Seit dem 24. Lebensjahre häuslich beschäftigt, schloss sie sich von der Aussenwelt ab, fühlte sich in der Häuslichkeit am wohlsten. — Seit einigen Jahren ist sie — was allen Familiengliedern auffiel — still, in sich gekehrt, verstimmt, weint des öfteren ohne jegliche Veranlassung. — Das gegenwärtige Leiden, welches den Anlass zur klinischen Behandlung abgab, datirt seit Anfang Februar 1905 und soll im Anschluss an die Verlobung ihrer Schwester eingesetzt haben. Sie wurde schlaflos, begann von Heirathsplänen zu sprechen, was sie vordem niemals that, glaubt ein gegenüber wohnender Herr wolle sie heirathen, fühlt sich von ihm unglücklich geliebt, behauptet, es stünden einer ehelichen Verbindung verborgene Hindernisse entgegen.

Nachts beschäftigt sie sich in Gedanken mit diesem Herrn derart intensiv, dass sie ihn sprechen und sich bei Namen rufen hört (Hallucinationen).

Bei der Aufnahme legt die P. ein sehr verschüchtertes, zurückhaltendes Benehmen zu Tage, ist traurig verstimmt. — Sie ist andauerd geordnet, mit intacter detaillirter Orientirtheit; — concedirt allgemein neurasthenische Beschwerden mit peinlichen Sensationen, wie sie in der Art vormals nie empfunden habe.

Acustische Sinnestäuschungen werden zugegeben; sie habe bei intensivem Nachgrübeln nachtsüber die Empfindung gehabt, als ob sie von der Ferne gerufen würde; sie habe diese Stimme auf einen unbekannten, gegenüber liegenden Herrn bezogen. Die Stimme sei flüsternd gewesen; anfänglich glaubte sie Rufe zu hören, später hörte sie wirklich. Ausserdem habe sie eine weibliche — scheinbar die eigene Stimme gehört, die ihr Angenehmes sagte, u. A.: „Er wird kommen" — „hoffe nur". Sie habe sich diesen Zwiegesprächen gerne hingegeben. — Einmal habe sie während eines solchen Zwiegespräches die Empfindung gehabt, als ob sie auf die Stirne geküsst würde.

P. ist ungemein zurückhaltend; Vorliegendes ist das Ergebnis eines mehr-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stündigen Examens. Wahnideen sind noch schwieriger herauszubekommen. Suggestivfragen wurden hierbei nach Thunlichkeit vermieden, und nur die Spontanangaben verwerthet. Pat. vermeint u. A., der „Herr" sei trotz verschlossener Thüre zu ihr eingedrungen, habe dazu einen geräuschlos functionirenden Schlüssel verwendet; — vielleicht könne der „Herr" auch ein geheimnisvolles Telephon dazu benützt haben.

Bei der Visite fühlt sich P. jedesmal peinlich berührt, weint still vor sich hin. Sie spricht fast garnichts, nur selten gestattet sie durch kurze, mit leiser zögernder Stimme gegebene Antworten einen Einblick in ihre psychische Verfassung: „Sie habe nicht mehr die Macht über ihre Gedanken; es werden ihre Gedanken durcheinandergebracht; sie könne ihren Gedanken nicht ruhig nachhängen." — Krankheitseinsicht fehlt; als ihr bedeutet wird, es handle sich um ein Nervenleiden, schüttelt sie den Kopf. — Es komme ihr die ganze Zukunft „eigenthümlich bange" vor; sie könne sich in ihre Zukunft gar nicht hineindenken. — Das Betragen ist ein andauernd gleichbleibendes, der Situation stets angepasstes. Ihre Initiative ist, wenn auch eine spärliche, doch zweckmässige. — Sich selbst überlassen beschäftigt sie sich mit Zeichnen. — Durch therapeutische Maassnahmen lässt sich durch Herbeiführung eines ausgiebigen Schlafes ein Versiegen der Sinnestäuschungen erzielen. — Trotzdem tritt Pat. nie aus sich heraus, lässt sich suggestiv auch nur vorübergehend beeinflussen. Den einzigen Anschluss pflegt sie mit der Krankenschwester, theilt sich dieser mehr mit, als den übrigen Personen der Anstalt.

Körperlich: Miniaturgestalt nach dem Typ Lorain, Körperlänge 150 cm mit 41 kg Gewicht. — Geringe Reste einer inveterirten Rhachitis. — Gefässsystem sehr zart. — Kein Herzfehler. — Becken infantil geformt. — Menses vorhanden, spärlich (verspäteter Eintritt der ersten Menses zugegeben, wann unbekannt), Stimme hoch, dünn. — Mimik kindlich. — Lungen normal. Schilddrüse in Ordnung. Thymus persistens (?). — Inneres Genitale nicht untersucht. Pubes schwach, Mammae infantil geblieben.

Patientin wurde nach etwa 6 wöchiger Behandlungsdauer aus der Anstalt herausgenommen und steht seitdem nicht mehr in Evidenz derselben.

Zusammenfassung und Diagnose: Ausgesprochen infantiler körperlicher Entwicklungsgrad, (Miniaturmensch). — Trotz vorhandener Dürftigkeit an verwerthbaren anamnestischen Angaben ist der Thatbestand einer Miniaturpsyche wohl als zweifellos anzunehmen. — Einfacher chronischer Verstimmungszustand seit dem 24. Lebensjahre. — Zusammentreffen der Anfänge einer Psychose mit einem Verlobungsfeste innerhalb des Familienkreises. — Ob eine Causalität hier vorliegt, kann nicht entschieden werden. — Die Psychose selbst — eine Paranoia — ist rudimentär, gewissermaassen eine Miniaturausgabe dieser Psychose. — Dabei besteht ein regeres Binnenleben mit Vorherrschen der combinatorischen Einbildungskraft gegenüber den psychischen Leistungen nach aussen hin. Auftreten spärlicher, im Grossen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Ganzen schwach betonter acustischer Sinnestäuschungen und einer vereinzelnten Tasthallucination. (?) — Concentrirung der associativ combinatorischen Thätigkeit auf eng umschriebene, wenig umfang- und inhaltsreiche Gedankencomplexe, Erklärungsversuche, Bildung, rudimentärer Wahnvorstellungen bei ansonst vorhandener gesunder Kritikfähigkeit. — Zwangszustände scheinen mitunter vorgekommen zu sein, dürfen jedoch bei dem spärlichen Ergebnisse der Zustandsuntersuchung nicht mit Sicherheit angenommen werden.

Bei der nosologischen Beurtheilung der Sinnestäuchungen ist hervorzuheben, dass dieselben so ziemlich stabil und inhaltlich wenig wechselnd waren, ausserdem vorzugsweise bei Nacht auftraten, sobald sich die Kranke voll und ganz den eigenen Gedanken hingeben und ihre innere Aufmerksamkeit auf einen circumscripten Bewusstseinsinhalt concentriren konnte. — Die acustischen Sinnestäuschungen standen inhaltlich stets in naher Beziehung mit diesem Bewusstseinsinhalte. — Tagsüber, durch gegebene Beschäftigung und Ablenkung traten sie in den Hintergrund bis zum völligen Versiegen. — Die Sinnestäuschungen scheinen in diesem Falle ihren Ursprung inneren psychischen Erregungen (Einbildungskraft!) und Gemüthsbewegungen zu verdanken und dürfen in diesem Sinne als „Phantasievorstellungen von sinnlicher Lebendigkeit" wohl den sogenannten „psychischen Hallucinationen" (Baillarger) mit excentrischer Projection zugezählt werden.

Die infantilen Psychosen besitzen unstreitig gemeinsame Stigmata, welche ihre Sonderstellung von conformen psych. Krankheitsformen der Vollwerthigen — wenn dieser Ausdruck hier im Gegensatze zum Infantilismus gebraucht werden darf — rechtfertigen. — Sie haben das Gemeinsame einer ausgesprochen exogenen, die Auslösung der jeweiligen Psychopathie bestimmenden Causalität, welcher Umstand, den infantilen Entwicklungsgrad als endogene Grundursache vorausgesetzt bei allen studirten Fällen wiederkehrte.

Die Symptomatik ist wie das geistige Individuum selbst, eine kleindimensionale, dürftige, dem Träger der Psychose zugeschnittene. Daher das Unvollendete und Unfertige innerhalb wichtiger Krankheitsphänomene. Vom protrahirten, atypischen, äusserlich abhängigen Verlaufe wurde bereits an Ort und Stelle mehrmals gesprochen.

Die Prognose ist stets, wie begreiflich, quoad Dauer und Ausgang der Psychose, um Vieles unsicherer als bei den Nichtinfantilen. Die Diagnose gestaltet sich schwieriger, da die Grenzen durch fliessende Uebergänge zu psych. Krankheiten anderer Art verschwommen sind. Auf die ruptusartigen, in der Regel kurz andauernden

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erregungen innerhalb der infantilen Psychosenformen und auf die Unberechenbarkeit im Krankheitsverlaufe sei noch speciell hingewiesen.

Verlauf und Ausgang des psychischen Infantilismus.

Der nach einer normalen Jugendzeit herangebildete, für vollreif geltende Mensch verfügt über einen Fond von führenden Lebensgrundsätzen und über einen zielbewussten praktischen Schaffensdrang, der den in Vollkraft stehenden Menschen in die Lage versetzt, allen in seiner Art an ihn herantretenden Aufgaben gerecht zu werden. Durch die Summe von Lebenserfahrungen fliesst diesem Fond fortwährend ein wohl gesichteter Neuerwerb zu, welcher die Anpassungsfähigkeit und Schaffensenergie der reifen Altersgrade unterhält.

Den Infantilen der II. Kategorie mit ihrer mehr oder weniger ausgeprägten Miniaturpsyche, der schon die Loslösung von der Kindheit Schwierigkeit bereitet und deren geistige Evolution sich sogar kritisch gestalten kann, ist die geistige Ausreifung nur innerhalb eines engen Rahmens auf einem dürftigen Areale ermöglicht. — Eine Vertiefung des Urtheiles und eine Verdichtung des Kenntnisschatzes mit einem Niederschlage an verwerthbaren Lebenserfahrungen kommt nur innerhalb enger Grenzen vor.

Niemals können sie die geistige Durchschnittshöhe erreichen und verbleiben in Abhängigkeit von einem günstigen Milieu. — In einer günstigen, geschützten Position, ohne Existenzkämpfe und ohne schwierige Lebensfragen vermögen sie sich durch die Welt ohne Hemmniss durchzuschlagen und verlieren sich in derselben. — Herrschen aber ungünstige und complicirte Verhältnisse, so können sie sich nicht mehr behaupten und gehen im Leben durch eine Reihe von Conflicten unter.

Zufolge ihrer enormen psychopathischen Diathese kommen sie leicht aus dem Gleichgewichte und reagiren auf schwierige Lebensprobleme mit psychischen Störungen.

Solche Infantile sind dann Gegenstand für Behandlung und Berathung seitens der Psychiater und machen das eigentliche Forschungsmaterial für die einschlägigen fachlichen Untersuchungen aus.

— Bei den Trägern des echten Infantilismus — den Infantilen I. Kategorie, ist die Sachlage eine davon verschiedene, noch verwickeltere. — Ueber das Schicksal solcher Infantiler ist ein Untersuchungsergebnis noch keineswegs spruchreif. Jedenfalls steht die Thatsache fest, dass bei ihnen die Distanz zwischen Altersstufe und geistigem Entwicklungsgrad mit dem zunehmenden Alter eine progressive wird, dass die geistige Entwicklung einen Stillstand zeigt, der schliess-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lich mit dem Fortschreiten des Lebensalters zu einem — Rückschritte wird. — Die anfängliche Unzulänglichkeit wird grösser, breiter, tiefer und durchgreifender, bis schliesslich ein terminaler Secundärzustand mit den Kriterien des Schwachsinnes bei Erhaltenbleiben typischer infantiler Kennzeichen eintritt. — Diesen Terminalzustand möchte ich als den secundären infantilen Schwachsinn oder kurz als den infantilen Schwachsinn bezeichnen.

Ein hierher gehöriger Fall soll in kurzen Strichen wiedergegeben werden:

Marie P., 42 Jahre alt, ledig, ohne Beschäftigung, auf Veranlassung der Gemeindevorstehung ihrer Heimathsgemeinde eingebracht. — Die Anamnese — theils dem ausführlichen Parere, theils den Angaben einer intelligenten Verwandten entstammend — besagt, dass die Genannte von Kindheit an schwächlich und zart veranlagt, stets ein „Mutterkind", fleissig, gutartig und furchtsam war, die Volksschule mit gutem Erfolge absolvirte, seit der Schulzeit körperlich hinter allen Altersgenossinnen zurückgeblieben ist, nicht mehr wuchs und mit dem zunehmenden Alter auch geistig keine Weiterentwicklung zeigte. — Menses waren niemals eingetreten, die Kranke war niemals sexuell empfindend.

Sie blieb ganz unselbstständig wie ein Kind, lebte seit dem 3. Lebensdecennium zurückgezogen bei ihren Eltern, wurde mit den Jahren immer furchtsamer, verzagter und verschüchtert. — Sie stach durch ihre Kleinheit von der Umgebung ab, war die Zielscheibe für Gespötte und schien ihren Entwicklungsmangel auch selbst zu fühlen. — Stets fleissig und mit Hausarbeit beschäftigt, war sie stets ungemein religiös und abergläubisch.

Seit einigen Jahren, etwa vom 40. Jahre ab, wurde sie hochgradig schreckhaft und angstvoll, begann Verfolgungsideen zu äussern, wagte sich gar nicht mehr unter die Menschen. Die Angst- und Persecutionsvorstellungen traten fast nur bei Nacht auf; sie glaubte sich von bösen Menschen verfolgt, befürchtete den Tod, glaubte sich verhext; — suchte sich vor den Verfolgern durch Verkriechen in geschützte Winkel zu schützen.

Seit etwa einem halben Jahre ist sie Gegenstand fortwährender Beaufsichtigung, da sie Nachts mit Feuer hantirt, Thüren verrammelt und sich auf alle mögliche Weise zu schützen versucht.

Bei der Aufnahme ist sie ruhig, eingeschüchtert, wagt sich nicht bemerkbar zu machen. Bei Beschäftigung mit ihrer Person rathlos, angstvoll, zittert am ganzen Körper. Sonst geordnet und leidlich orientirt bei deutlich mangelhafter Kritikfähigkeit für die Umgebung. — Die Antworten erfolgen zagend, leicht gehemmt; Patientin macht aus ihrer Furchtsamkeit kein Hehl, bittet immer wieder, man möge sie nach Hause zu ihrer Mutter (einer Frau von fast 80 Jahren!) entlassen; sie sei traurig, weil man sie von ihrer Mutter getrennt hat, weil sie hierortsfremd ist, und nicht weiss, was man mit ihr vorhabe. An Wahnvorstellungen äussert sie, man habe sie bei Nacht „verzückt", und „verhext". Die Verfolgungen durch böse Menschen und Geister seien Nachts

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

immer am stärksten gewesen, und seien hauptsächlich von einem nachbarlichen Ehepaare, das hexen könne, ausgegangen. — Der Mann habe einen grossen schwarzen Bart, der ihr Schrecken einflösste, die Frau stehe mit Hexen in Verbindung, sei selbst ein „Hexe“ und habe ihr durch Zauberei das Beten austreiben wollen.

Die Wahnideen beruhen fast durchwegs auf einer phantastischen Symbolisirung von Angstgefühlen und einiger körperlicher Sensationen: man habe ihre Eingeweide „verzückt“ — „ihr die Haare durch Verhexung ausgerissen.“ — Die Intelligenzprüfung ergiebt Begriffsarmuth, primitives Ausdrucksvermögen, primitive Lebensanschauungen, Mangel jeglicher selbständiger Lebenserfahrung. — Einfache Rechenexempel werden gut gelöst, für die gewöhnlichen Schulkenntnisse, Bibelverse und Katechismussätze besteht gutes Gedächtniss; das Urtheil ist ganz unselbstständig, die Schriftzüge kindlich unfertig. — Das Combinationsvermögen ist ein leidliches. — Patientin ist in hohem Grade suggestiv, lässt sich durch Suggestivfragen irreführen, producirt Erinnerungstäuschungen nach infantilem Typus. Die Fehlerconstante in der Aussagetreue ist eine enorm hohe. Es besteht ein Bedürfniss für Angliederung an „gute Menschen“. Das Denken geht fast nur in Individualvorstellungen vor sich, wie auch das Begriffsvermögen quantitativ dürftig, qualitativ mehrdeutig und verschwommen, von Individualvorstellungen noch nicht losgelöst ist.

Körperlich macht Patientin einen ganz und gar miniaturhaften Eindruck (Typ Lorain), ist 132 cm hoch, 35 kg schwer, Kopfumfang 52 cm. Schilddrüse leicht vergrössert, Rumpf walzenförmig, Becken und inneres Genitale ganz infantil, Herztöne leise, dumpf, unrein. — Epiphysenfugen laut Röntgenogramm zum Theil offen geblieben; Zahnlosigkeit. — Pubes spärlich, Achselhaare desgleichen. — Mammae rudimentär. — Thymus fraglich.

Diagnose: Rudimentärer paranoider Angstzustand auf Grundlage eines infantilen Schwachsinnes.

Punkto Schwachsinn sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der infantile Schwachsinn gemäss den letzten Ausführungen einen Secundärzustand in sich begreift, i. e. das Terminalstadium eines echten psychischen Infantilismus und eine vom primären (= congenitalen) Schwachsinne, trotz äusserer Aehnlichkeit wohl zu trennende psychopathologische Einheit darstellt.

Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen dem infantilem Schwachsinne von der Dementia praecox ist dem früher Gesagten nichts hinzuzufügen. — Eine Verwechslung kann im Hinweis auf die divergente Symptomatik beider Schwachsinnsformen nur ausnahmsweise vorkommen. Mehr Aehnlichkeit als mit dem primären und hebephrenen besitzt der infantile Schwachsinn mit den sogenannten secundären psychischen Schwächezuständen nach gut gekannten acuten Krankheitsformen. Eine dahin abzielende Auffassung eines solchen infantilen Terminalstadiums ist um so eher im Bereiche der Möglichkeit gelegen, als auf

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem infantil präformirten Boden, zumal bei Complication mit Neurosen, eine Reihe acuter, klinisch wohl gezeichneter Pychosen auftreten kann. — Die Unterscheidung wird leicht gelingen, wenn eine Zerlegung des ganzen psychopathischen Erscheinungscomplexes im Einzelfalle durchführbar ist. — Eine weitere und zwar relativ günstige Verlaufsform des echten psychischen Infantilismus ist jene, wobei die Infantilen mit den Jahren in einem gewissen Grade geistig altern und schliesslich über bestimmte psychische Energien verfügen können mit Beibehaltung ihres infantilen Grundwesens. Praktisch genommen kommen sie dann den Infantilen zweiter Gattung nahe und erheben sich viel schärfer über die Schwachsinnsgrenze.

Einige kurze Worte seien noch über die Lebensdauer der Infantilen gesagt. — Die Beobachtungen hierüber sind noch spärliche. Jedenfalls gilt, dass hier die Thatsache, dass dieselben zufolge ihrer Belastungsmomente wie Alkoholismus, Lues, Tuberculose der Eltern, Geburtstrauma etc. und zufolge der infantilen körperlichen Constitution incl. etwaiger Organerkrankungen wenig resistent sind und kaum ein höheres Alter zu erreichen vermögen. Sie sterben frühzeitig dahin als Opfer jener natürlichen Eliminirungstendenz, der minderwerthige Geschöpfe in der Regel anheimfallen. Die Todesursache in einigen Fällen eigener Beobachtung war Tuberculose und acute intermitirende Krankheiten (Pneumonie, Sepsis). — Die Infantilen scheinen auch zu Chloroformtod in der Narkose zu disponiren. — Eine Kranke mit körperlich infantilem Entwicklungsgrad und einer lymphatischen Diathese, ein 23jähriges Fräulein, verstarb plötzlich während eines hysterischen Ausnahmszustandes mit 2tägiger Abstinenz an einem Herztode. — Der Fall verblieb allerdings, da eine Autopsie nicht stattfand, unaufgeklärt. — Pat. bekam Nachts plötzlich ohne Prodromalerscheinungen mit Ausnahme einer kurz zuvor eingetretenen Tachykardie, einen Erstickungsanfall, sprang auf und stürzte mitten im Zimmer todt zuammen. — Schliesslich muss auch dem Umstande Rechnung getragen werden, dass die Selbsttödtung bei den für Affectstörungen und Raptuszuständen ungemein inclinirenden Infantilen eine nicht zu unterschätzende Rolle inne hat.

Vorkommen. Partieller psychischer Infantilismus.

Bei einiger Seltenheit des reinen psychischen Infantilismus scheint die zweite Gattung nach Anlage und Entwicklung ungleich häufiger in die Erscheinung zu treten.

Die Mehrzahl derartiger Fälle entzieht sich allerdings der psychiatrischen Untersuchung und Begutachtung, da man nur einen verhältnismässig kleinen Theil in den Anstalten vorfindet. Beim weib-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichen Geschlechte kommt er häufiger vor, als beim männlichen, entgegen der Imbecillität und der Hebephrenie. Eine einwandfreie statistische Untersuchung hierüber steht derzeit noch aus.

Die Bemerkung, dass der Infantilismus zweiter Gattung ungleich häufiger auftrete, als der echte, gilt nicht in Bezug auf eine volle Reinheit und Typicität der Symptomatik. Vielmehr ergiebt sich nach der Erfahrung, dass bei einer Reihe von Individuen mit miniaturpsychischen Phänomenen einige Züge typischer und markanter ausgesprochen erscheinen, gegenüber anderen, welche die Kennzeichen psychischer Reife und Vollwerthigkeit führen können: partieller Infantilismus. Da analog den körperlichen Begleiterscheinungen alle möglichen Stadien im Uebergange zur Vollwerthigkeit zum Ausdrucke gelangen können, brauchen einzelne infantile Züge noch lange nicht einen Infantilismus als fertigen psychopathologischen Zustand zu bestimmen.

In der Fachwissenschaft findet man im Allgemeinen den Infantilismus unter den unterschiedlichsten diagnostischen Kalkülen wieder. Je nach der Auffassung tritt er uns bald als originärer Krankheitszustand entgegen, als constitutionelle Verstimmung, als constitutionelle Neuropathie, als Entartungsirresein, als Pubertätskrise, auch als Debilität, schliesslich unter dem Namen aller jener geläufigen Psychosenformen, die als infantile Psychosen bereits genannt worden sind.

Der partielle Infantilismus erscheint wohl am häufigsten unter dem Sammelbegriffe der „leicht abnormen“ und „minderwerthigen Persönlichkeiten.“ In der Literatur lassen sich bei einer Anzahl publicistisch niedergelegter Fälle infantile Züge oder umfangreichere infantile Symptomencomplexe bis zum vollentwickelten Infantilismusbilde nachweisen. Während es öfter einer strengeren Nachforschung bedarf, tritt bei einer Reihe von Fällen der infantile Hintergrund rasch und unverhüllt zu Tage.

Bislang wurde die Frage offen gelassen, ob die Vergesellschaftung des psych. Infantilismus mit einem adaequaten körperlichen Entwicklungsgrade eine conditio sine qua non abgebe. Die Thatsache, dass bei sämmtlichen herangezogenen Fällen ein Parallelismus zwischen psychischem und somatischem Infantilismus besteht, berechtigt gewiss hierzu. Es wird ausserdem der Frage Spielraum gelassen, ob ein erwachsenes, körperlich reifes Individuum der Träger eines psychischen Infantilismus sein und vice versa ein infantil verbliebener Mensch eine psychisch vollwerthige Persönlichkeit vorstellen könne.

Zu einer positiven Beantwortung des ersten Punktes lässt sich eine Summe von Erfahrungen verwerthen. In der grossen Menge

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Halt- und Richtungsloser, Desequilibrirter und Willensschwacher, denen das einfache Leben zu einem complicirten wird, findet man infantile Persönlichkeiten wieder, wenn auch keinerlei körperliche Anhaltspunkte hierfür gewonnen werden können. So trifft man unter körperlich gut entwickelten Individuen Menschen mit bewunderungswürdigem Gedächtnisse und ebenso schwachem Urtheilsvermögen, andere mit ausserordentlich lebhafter Phantasie, aber elendem Willensvermögen (Casper-Liman), welche insgesammt die Belastungsproben des Lebenslaufes kaum auszuhalten vermögen und frühzeitig wegscheiden. Bei diesen letzteren ist es dann oft unschwer, einen partiellen Infantilismus fallweise zu erkennen.

Für den letzten Punkt fehlt das nöthige Erfahrungsmaterial. — Man ist hier nur auf theoretische Erwägungen angewiesen. — Es ist gewiss anzunehmen, dass bei einem ausgesprochen körperlichen Infantilismus als Gesammtausdruck einer Entwicklungshemmung nicht nur Habitus und animalische Organe — wie z. B. die Geschlechtsorgane und die damit in physiologischer Verknüpfung stehenden drüsigen Organe — Entwicklungs- und Functionsstörungen aufzeigen, sondern auch das nervöse Centralorgan. — Letzteres umsomehr, als gerade dieses auf endogene und ektogene Schädigungen mit Vorliebe reagirt: ich verweise hier kurz auf die hereditären Einflüsse, auf congenitale Herzfehler, krankhafte Beschaffenheit der Drüsen mit innerer Secretion, auf die Schwangerschaftsstörungen, auf Geburtstrauma, Frühgeburt, auf Intoxicationen u. s. w. die insgesamt die schwersten Rückwirkungen auf das Centralnervensystem bedingen können. — Es ist schlechterdings nicht plausibel, dass mit den durch körperlichen Infantilismus gegebenen organischen Entwicklungs- und Funktionsstörungen ceteris paribus das nervöse Centralorgan mit einem Vollmaasse physiologischer Function correspondire. — Der Grundsatz der Projection körperlicher Vorgänge auf die Grosshirnrinde findet hier eine geradezu berechtigte Anwendung. Der Parallelismus von körperlichem Infantilismus einerseits und Idiotie u. Imbecillität anderseits kann als Beleg herangezogen werden. Ob typisch infantile Individuen, die an Dementia praecox erkrankt sind, in deren „gesunden" Lebenszeit auch psychisch de facto gesund und vollwerthig waren, entzieht sich sehr oft der Controlle und ist zum mindesten zweifelhaft, zumal ein genaues kritisches Stadium solcher Fälle Züge von Minderwerthigkeit oder einen partiellen Infantilismus häufig mit einiger Sicherheit aufzudecken vermag.

Insolange nicht einwandfreie, jeder Kritik standhaltende Untersuchungen vorliegen, ist eine Beantwortung der Frage, welche dahin lautet, ob körperlich ausgesprochen Infantile — also Miniaturmenschen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— psychisch nach jeder Richtung hin vollwerthige Persönlichkeiten vorzustellen vermögen, nicht zu beantworten.

Anders verhält sich diese Wechselbeziehung bei den körperlich nur partiell infantil verbliebenen Personen. — Conform den kaum merklichen Uebergängen in der Gesammtconstitution vom Voll- zum Minderwerthigen sind alle Schattirungen möglich. So wie ins pathologische Gebiet können sie auch in die Gesundheitsbreite fallen. Durch die vielgestaltigen dem Eigenschutze dienenden psychischen Energien kann dann eine Art Anpassung und compensatorische Correctur in bestimmten seelischen Functionen (Anton) und hierdurch ein Ausgleich im psychischen Leben geschaffen werden; so liegt es im Bereiche der Möglichkeit, dass ein partieller körperlicher Infantilismus — ebenso wie er eine Reihe psychopathischer Zustände nach sich ziehen kann — bei Einzelpersonen auch normale und ausreichende psychologische Werthe fertigbringen kann.

Literatur.

1. Agostini, C., Infantilismo distrofiico e infantilismo mixedematoso da eredo-pellagra, Rivista di patologia nervosa e mentale. Vol. II. 1902.
2. Ahlfeld, Ueber infantiles Becken.
3. Anton, Münchener klin. Wochenschr. 1906.
4. Ausset, Gazette hebdom. de Méd. et de Chir. 1901.
5. Bertrand, L'infantilisme dysthyreoïdien. Thèse de Paris 1902.
6. Bourneville, Arch. de neurolg. 1886—88—90.
7. Bourneville, Société méd. des hôpit. 1896—97.
8. Bourneville et Sollier, Progrès méd. 1887—88.
9. Bourneville etc., Progrès med. 1880.
10. Breton, La syndrome infantilisme etc. Thèse de Lille 1901/92.
11. Bruneau, Du Nanisme mitral. Thèse de Paris. 1904.
12. Bruno, L'infantilismo. Gaz. degli ospedali. 1904. No. 28.
13. Brissaud, Leçons sur les maladies nerveuses. I. et II. série. 1895—1897.
14. Brissaud, De l'infantilisme myxoedemateux. Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière. 1897.
15. Brissaud, Leçons clin. sur les mal. nerv. 1899.
16. Brissaud, Presse médicale. 1898. Myxoedème thyroïdien etc.
17. Binet, La suggestibilité. Paris 1900.
18. Binet, Perceptions d'enfants. Revue philosoph. 1890.
19. Brouardel, Académ. de méd. de Paris. 1887.
20. Camuset, Progrès méd. 1889.
21. Capitan, Méd. moderne. 1893.
22. Carré, Thèse de Paris. 1900.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

23. Comby, Traité des maladies de l'infance. 1899.
24. Combe, Rev. méd. de la suisse. rom. 1887.
25. Courtois-Suffit, Revue de méd. 1890.
26. Dupré et Pagniez, Infantilisme dégéneratif compliqué de dysthyreoidie pubérale. Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière. 1902.
27. Durey-Compte, Thèse de Paris. 1887.
28. Ebbinghaus, Psychologie: Grundzüge der Psychologie.
29. Ebbinghaus, Ueber das Gedächtniss. 1885.
30. E. Ebert und E. Meumann, Archiv f. d. gesammte Psychologie. Bd. IV. B. Ueber ökonomische Lernmethoden.
31. Emminghaus, Psychische Störungen des Kindesalters. Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankh. Tübingen 1887.
32. Faneau de la Cour, Le féminisme et l'infantilisme chez les tuberculeux. Thèse de Paris. 1871.
33. L. Ferrannini, Centralbl. für innere Medicin. 1899—1900.
34. L. Ferrannini, Riforma medica. 1900.
35. L. Ferrannini, Ueber den von der Schilddrüse unabhängigen Infantilismus etc. Archiv f. Psych. und Nervenkrankh. 1904. Bd. 38. Heft 1.
36. Féré, Revue de méd. 1893.
37. Feulard, Progrès méd. 1890.
38. Fournier, Stigmates dystrophiques de' l'hérédo-syphilis. Paris 1898.
39. Fournier, Thèse de Paris. 1898.
40. Gérard, Thèse de Paris. 1894.
41. Gilford, British medical Association. Manchester 1902.
42. Gilbert et Rathéry, Presse méd. 1900.
43. Giuffrida-Ruggeri, Considerazioni antropologiche sull' infantilismo etc. Monit. zoolog. italiano. 1903.
44. Godin, Recherches antropométriques sur la croissance des diverses parties du corps. Paris 1903.
45. K. Gross, Seelenleben des Kindes. Berlin 1904.
46. Hansemann, Echte Nanosomie. Berliner klin. Wochenschr. 1902.
47. Hertoghe, Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière. 1899. De l'hypothyreoidie bénigne chronique ou myxoedème fruste.
48. Hertoghe, Bulletin de l'Académie royale de Belgique. 1896—1897.
49. Hirtz, Thèse de Paris. 1836.
50. Hutenil, L'infantilisme. Gaz. hebd. de méd. No. 4. 1902.
51. Hoche, Die Imbecillität. Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger und Siemerling. 1904.
52. Hermanides, Les affections parasyphilit. Vol. II. Paris 1903.
53. Jeandelize, Insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne. Paris 1903.
54. Imoda, Archivo di Psichiatria. Vol. 17.
55. Kassowitz, Wiener med. Wochenschr. 1902.
56. Kocher, Archiv f. klin. Chirurgie. 1883. Bd. 29.
57. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 1903. I. und II. Bd.
58. Kraepelin, Monatsschr. für Psychiatrie. 1900. VIII.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

59. Koch, Die psychopathischen Minderwerthigkeiten. 1891.
60. Larger, Anatomie der äusseren Formen des menschlichen Körpers. 1884.
61. Lancereaux, Semaine méd. 1893.
62. Lorain, Lettre préface à la thèse de Janeau de la Cour. 1871.
63. Meige, Antropologie. Gazette de hôpitaux. 1898—1902.
64. Meige, L'infantilisme. Gazette des hôpitaux. 1902.
65. Meige et Allard, Nouv. Iconogr. des la Salpêtrière. 1898.
66. Merklen, Bulletin méd. 1900.
67. Monnier, Thèse de Paris. 1890.
68. Morlat, Infantilisme et insuffisance surrénale. Thèse de Paris. 1903.
69. Moreau, P., Irrsinn im Kindesalter. 1889. Uebers. von Galatti.
70. Maudsley, Zurechnungsfähigkeit der Geisteskranken. Leipzig 1875.
71. Müller und Schumann, Zeitschr. für Psychologie und Psychologie der Sinnesorgane. 1894.
72. Meumann, E., Die experimentelle Pädagogik. 1. Bd. 1905.
73. Meumann, E., Die deutsche Schule. 1901.
74. Müller, Paul, Ueber Intelligenzprüfungen, ein Beitrag zur Diagnostik des Schwachsinns. Monatsschr. f. d. g. Sprachheilkunde.
75. Moeli, Die Imbecillität. Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts. 96. Lieferung.
76. Neumann, Ueber d. mongolischen Typ. der Idiotie. Berliner klinische Wochenschr. 1899. No. 10.
77. Potain, Gaz. de hôpit. 1890.
78. Putnam, Americ. Journal of the Medical Scienc. 1898.
79. Ribot, Das Gedächtniss und seine Störungen. 1882.
80. Reverdin, Rev. médic. de la suisse Rom. 1882.
81. Richer, P., Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière. 1892.
82. Rummo e Ferrannini, Geroderma genito-distrofico. Entità clin. etc. Riforma med. 1897.
83. Schön, Ref. im Neurol. Centralbl. 1899.
83b. Schüle, Klinische Psychiatrie.
84. Sikorsky, Die Seele des Kindes. Leipzig 1902.
85. Siegert, Jahrbücher für Kinderheilkunde. 1901. No. 4.
86. Siegert, Diagnose des Mongolismus und des infantilen Myxödems. 23. Congress für interne Medicin. 1906. München.
87. Stratz, C. H., Der Körper des Kindes. Stuttgart 1903.
88. Sommer, Gaupp'sches Centralbl. 1904. No. 179. Dec.-Heft.
89. Sante de Sanctis, Gli Infantilismi. — Studio nosografico e clinico. Roma 1905.
90. Stern, W., Zur Psychologie der Aussage. 1902.
91. Stern, W., Die Aussage als geistige Leistung und als Verhörsproduct. I. Theil: Beiträge zur Psychologie der Aussage. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psych.-gerichtliche Medicin. Literaturheft zu Band LXII. Ref.
92. Sommer, Neurol. Centralbl. No. 20. 1905.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

93. Soulard, Le puérilisme mental. Thèse de Paris. 1904.
94. Sutherland, Lancet. Vol. I. 1900.
95. Tanzi, Riv. di patolog. nerv. e ment. 1899.
96. Thibierge, Société de méd. des hôpit. de Paris. 1897.
97. Tissier, Annal. d. Dermatol. et de Syphilographie. 1889.
98. Tuczek, T., Ueber Begriff und Bedeutung der Demenz. Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie zu Jena. 1903.
99. Virchow, Ueber die Chlorose und die damit verbundenen Anomalien am Gefässapparate. Berlin 1872.
100. Vivier, H., Sur l'Infantilisme. Thèse. Paris 1898.
101. Wollenberg, R., Die nosologische Stellung der Hypochondrie. Centralbl. für Nervenheilkunde. XXVIII. No. 193. Juli 1905.
102. Ziehen, Ideenassociationen des Kindes. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie. Bd. I. Heft 6.
103. Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. I. u. II. Heft. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie.
104. Zeitschrift für pädagogische Psychologie und Pathologie. I. u. II. Jahrg.

Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

III.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel
(Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).

Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken[1]).

Von

Dr. **Wassermeyer,**
Assistenzarzt der Klinik.

Die Untersuchungen, über die nachstehend berichtet werden soll, beziehen sich auf die Pupillenunruhe und die Reaction der Pupillen auf psychische Reize.

Schon C. Westphal sah 1861, vorwiegend bei Chloroformirten, dass durch Stechen oder Kneifen einer Hautfalte eine Erweiterung der Pupillen hervorgerufen wurde. Spätere Untersucher beobachteten das gleiche auch bei wachem Zustande, und zwar nicht nur bei Schmerzreizen, sondern auch bei einfacher Berührung, bei Anreden, Affecten, überhaupt psychischen Vorgängen jeder Art. In wie weit unter bestimmten Bedingungen auch Verengerung der Pupillen eintreten kann (Haab'scher Hirnrindenreflex, Piltz'scher Vorstellungs- und Aufmerksamkeitsreflex) mag dahingestellt bleiben; ich selbst habe sie nicht beobachtet.

Es zeigte sich ferner, dass beim gesunden Auge, unabhängig von den Wirkungen von Licht, Convergenz und Accommodation, der Irissaum sich nie in absoluter, sondern nur in relativer Ruhelage befindet, d. h. die Iris steht nicht still, sondern lässt dauernd ein mehr oder weniger ausgiebiges Wogen erkennen. Wie Laqueur es ausdrückte, soll ein gewisser Grad von Hippus physiologisch sein, und er brachte hierfür

1) Bearbeitet nach einem Vortrage, gehalten auf der 8. Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen am 9. August 1906 in Schleswig.

Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

den Namen „Pupillenunruhe“ in Vorschlag[1]). Dieselbe soll erzeugt sein durch den Wechsel sensibler und psychischer Reize.

Eine Beeinträchtigung bezw. Aufhebung können diese Reactionen erleiden im höheren Lebensalter sowie bei Erkrankungen des Sehapparates, sowohl des peripheren (Refractionsanomalien u. a.) als auch des centralen Theils (organische Hirnleiden). Sie sollen aber ausserdem, wie zuerst von Bumke hervorgehoben wurde, bei bestimmten functionellen Psychosen, und zwar der Gruppe der „Dementia praecox“ und bei der Imbecillität Veränderungen erfahren in der Hinsicht, dass sie ganz oder theilweise verschwinden, in den meisten Fällen soll auch die Erweiterung der Pupille auf Schmerzreize fehlen.

Bumke versteht unter Dementia praecox die von Kraepelin so bezeichnete Krankheitsgruppe mit den Unterabtheilungen Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoides, und zwar in der Umgrenzung, wie Hoche sie in dem Lehrbuch von Binswanger-Siemerling gewählt hat.

Nach Bumke ist das Fehlen der Pupillenunruhe, der Psychoreflexe und der Erweiterung der Pupillen auf sensible Reize geradezu typisch für Dementia praecox. Er glaubt sogar, dass Pupillenunruhe und Psychoreflexe bei derselben auf der Höhe der Krankheit stets fehlen, dass dies Symptom den anderen katatonischen Zeichen oft längere Zeit vorausgehe, und nicht wieder verschwinde, wenn es einmal vorhanden sei, während die reflectorische Erweiterung auf sensible Reize zuweilen länger erhalten bleiben und in der Remission wiederkehren könne.

Aehnliche Verhältnisse fand er bei den Imbecillen, bei welchen auch häufig Pupillenunruhe und Psychoreflexe fehlen sollen.

Hübner, der vor kurzem die gleiche Frage behandelt hat, fand bei der Dementia praecox, — er rechnet zu derselben auch noch unter dem Bilde der Katatonie verlaufende Puerperalpsychosen und in der Haft entstandene Zustände von acuter hallucinatorischer Verwirrtheit bei jugendlichen Personen, bei denen später Dem. praec. diagnosticirt wurde — ein sicheres Fehlen von Pupillenunruhe und Psychoreflexen nur in 75 pCt. seiner Fälle, während dieselben in 8 pCt. sicher vorhanden waren; ausserdem hebt er hervor, dass es offenbar doch Fälle giebt, bei denen diese Reactionen trotz einer seit längerer Zeit bestehenden erheblichen Demenz erhalten bleiben.

Auch bei seinen Imbecillen war letzteres bei 50 pCt. der Fall.

---

1) Spätere Untersuchungen haben gelehrt, das Hippus und Pupillenunruhe nicht wesensgleich sind.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Um diese Ergebnisse einer Nachprüfung zu unterziehen, habe ich an etwas über 100 Kranken der Kieler Klinik methodische Untersuchungen vorgenommen. Ich habe dazu das von Zeiss construirte binoculare Mikroskop benutzt. Ich habe fast ausschliesslich bei Tageslicht gearbeitet. Der zu Untersuchende sass in einem besonderen Zimmer, welches durch ein grosses Fenster sein Licht erhielt, in einer Entfernung von $1^1/_2$ m von dem Fenster und war angewiesen, einen ausserhalb gelegenen Gegenstand zu fixiren. Zum Halten des Kopfes diente ein verstellbarer Rahmen mit ovalem Ausschnitt, in dem Kinn und Stirn eine sichere Stütze fanden. Ich habe stets in den Mittagsstunden bei hellem Wetter untersucht. Den hierbei auftretenden Hornhautreflex habe ich nur im Anfang als besonders störend empfunden. Vortheilhaft gegenüber der Untersuchung im Dunkelzimmer erscheint mir, dass die Kranken sich in ähnlichen Verhältnissen wie auf ihrem Saal befinden, was besonders bei Aengstlichen und Erregten nicht ohne Bedeutung sein dürfte[1]). Abgesehen davon, dass die Helligkeit von sieben Meterkerzen, wie Bumke sie verwandt, für das stärker vergrössernde Mikroskop kaum noch ausreicht, glaube ich auch, dass, wie später ausgeführt werden soll, die dadurch bedingte grössere Pupillenweite ungünstig ist. Die Weite der von mir beobachteten Pupillen schwankte bei den einzelnen Patienten zwischen 2,5 und 4,5 mm und betrug zumeist 3,0 bis 3,5 mm. Sie hielt sich also im Allgemeinen, der Belichtung entsprechend, in den von Schirmer für die „physiologische Pupillenweite" bei maximaler Adaption angegebenen Grenzen. Die Beobachtung Bumke's, dass bei Geisteskranken und Nervösen die Werthe etwas höher liegen, habe ich somit bei meinem Material nicht bestätigt gefunden. Zur Messung habe ich mich einer in das Ocular eingeritzten Skala mit $^1/_{10}$ mm Eintheilung bedient, mit der sich bei einiger Uebung die Grösse der Pupillen schnell und ziemlich genau bestimmen lässt. Anisocorie fand ich bei einigen Fällen.

Mit ganz geringen Ausnahmen sind die Untersuchungen bei jedem der Fälle zu wiederholten Malen vorgenommen worden.

Dass die zahlreichen Fehlerquellen, wie Convergenz, Accommoda-

---

1) Mir ist der Einwand gemacht worden, durch die Untersuchung bei Tageslicht könnten Associationen, z. B. auf das Fensterkreuz, die den Versuch störten, ausgelöst werden. Ich halte diesen Einwurf für nicht stichhaltig, da Associationen meines Erachtens auch im Dunkeln ebensowenig ausgeschlossen werden können, dies auch kaum beabsichtigt sein kann, weil doch gerade das Vorhandensein psychischer Vorgänge an der Pupillenunruhe geprüft werden soll.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tion, Lidschlussreflex u. s. w. sorgfältigst beachtet wurden, bedarf wohl kaum der Erwähnung.

Von meinen Kranken, die etwa zu der von Bumke als Dementia praecox bezeichneten Gruppe gehören würden, liess sich bei 39 das Resultat verwerthen. Von diesen rechne ich 5 der Hebephrenie, 25 der Katatonie und 9 der Paranoia mit raschem Zerfall zu, die im Ganzen wohl der Dementia paranoides Bumke's entsprechen wird.

Wie ich gleich vorweg bemerken will, habe ich im Folgenden ein Fehlen der Pupillenunruhe zunächst auch bei denjenigen angenommen, bei welchen die Bewegungen der Iris so minimal waren, dass sich nicht ganz ausschliessen lässt, dass dieselben durch Lichtreflexe bedingt waren, die durch ganz geringe Bewegungen des Bulbus erzeugt sein könnten.

Die Psychoreflexe habe ich in der Weise geprüft, dass ich zunächst einfache Fragen, wie nach Namen, Alter, Geburtstag, Heimath stellte und dann Aufgaben aus dem kleinen Einmaleins vorlegte.

Bei den 5 Hebephrenischen waren beide Reactionen deutlich bei zweien, bei den 3 anderen war die Pupillenunruhe gering, eine Erweiterung blieb bei Fragen aus, erfolgte aber beim Rechnen.

Von 9 stuporösen Katatonikern liessen 2 die Pupillenunruhe so gut wie völlig vermissen, auf Anrede trat jedoch bei ihnen sowie bei den mit erhaltener Pupillenunruhe deutliche Erweiterung auf, obwohl die Antwort öfters ausblieb.

Von 5 erregten Kranken dieser Gruppe fehlten bei einem beide Reactionen.

Bei 9 weiteren Katatonikern, von denen 2 sich in der Remission befanden, hatten 7 beide Reactionen deutlich, bei einem waren sie sogar lebhaft, bei einem fehlten sie, bei einem anderen fehlten sie bei einigen Untersuchungen und waren bei anderen sicher vorhanden. Hierher möchte ich noch zwei Kinderpsychosen rechnen, welche am meisten an Katatonie erinnerten. Bei dem einen Knaben waren beide Reactionen nachweisbar, bei dem anderen, der einen häufigen Wechsel von Stupor- und Erregungszuständen zeigte, fehlten sie im Stupor und waren vorhanden in der Erregung.

Bei den 9 Paranoischen, die, wie gesagt, einen deutlichen Zerfall ihrer Wahnideen zeigten, fehlten Pupillenunruhe und Psychoreflexe bei zweien.

Es waren also die in Frage stehenden Erscheinungen in 6 von meinen 39 Fällen, d. i. in etwas mehr als 15 pCt. nicht mehr sicher nachzuweisen.

Ein fast gleiches Verhältniss bestand bei den Imbecillen, bei denen von sechs einer diese Symptome vermissen liess.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Später hatte ich noch Gelegenheit zwei Idioten zu prüfen. Beim ersten, der auf sehr niedriger Stufe stand und nur ein paar Worte ohne Verständniss sprechen konnte, fehlten beide Reactionen; der andere, der etwas höhere Entwicklung zeigte, liess sich nicht einwandsfrei untersuchen, da er die Bulbi fast dauernd hin und her bewegte und die Lider oft zukniff. Soweit sich hierbei überhaupt ein Urtheil fällen lässt, habe ich den Eindruck gewonnen, dass auch bei ihm beide Symptome nicht vorhanden waren.

Anschliessen möchte ich hier gleich zehn Epileptiker. Pupillenunruhe war bei 4 mit ausgesprochener Demenz 2mal fehlend, 2mal gering, bei 6 weiteren ohne besonderen geistigen Defect war sie vorhanden, fehlte jedoch bei 2 derselben im epileptischen Dämmerzustande bei erhaltener Lichtreaction. Das Gleiche war der Fall bei einem Alkoholisten $^1/_2$ Stunde nach einem epileptischen Anfall. Der Kranke war noch benommen, die Pupillen reagirten auf Licht. Bei späteren Untersuchungen waren die Reactionen vorhanden.

Sie fehlten unter 5 chronischen Alkoholisten und 2 Deliranten bei einem der ersteren.

Bei meinen übrigen Kranken, Manischen, Melancholischen, chronisch Verrückten, ferner einigen Hysterischen und Traumatikern waren Pupillenunruhe und Psychoreflexe stets nachweisbar; allerdings fielen bei ihnen ebenso wie bei einigen Gesunden (Collegen und Pflegepersonal) die grossen Schwankungen in der Ausgiebigkeit und Lebhaftigkeit auf, z. B. waren beide Reactionen sehr gering bei 3 von 7 Manischen, während man zunächst eher das Gegentheil hätte erwarten sollen. Doch hat Bumke ebenfalls schon die Bemerkung gemacht, dass die Pupillenunruhe durchaus nicht immer bei Aufgeregten grösser ist, als bei Ruhigen oder Gehemmten.

Zur Klärung dieser Erscheinungen schien mir die Beobachtung einer grösseren Zahl von Gesunden erwünscht. Durch die freundliche Vermittelung des Herrn Marineoberstabsarztes Dr. Mixius, dem ich dafür zu Dank verpflichtet bin, wurde es mir ermöglicht, 174 Mann des hiesigen Seebataillons zu untersuchen. Aber auch bei diesen fanden sich die weitgehendsten Unterschiede hinsichtlich der Lebhaftigkeit und der Grösse der Bewegungen. Bei 24, also fast 13 pCt., habe ich vermerkt: Pupillenunruhe fast Null, so dass auch hier die Möglichkeit, dass es sich nicht mehr um eigentliche Pupillenunruhe, sondern nur noch um Lichtreflexe gehandelt haben könnte, nicht ganz auszuschliessen ist. Bei den meisten trat allerdings bei Anreden oder Rechnen noch eine Erweiterung ein, bei 6 war aber auch diese nicht deutlich. Bei einem Manne fehlten Pupillenunruhe und Psychoreflexe vollständig. Eine

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

spätere Prüfung im Dunkelzimmer hatte fast den gleichen Erfolg, nur schien es, als ob jetzt manchmal ganz minimale Bewegungen an einzelnen Stellen des Irisrandes aufträten. Die körperliche Untersuchung ergab ausser einer für das jugendliche Alter von 23 Jahren auffallenden Arteriosklerose nichts Krankhaftes. Nach eigener Angabe ist ihm das Lernen in der Schule etwas schwer gefallen, er ist aber mit den Anderen mitgekommen und hat eine Fortbildungsschule mit gutem Erfolge besucht, auch in seinen Stellungen genügt. Er dient im zweiten Jahre und ist bei der Compagnie niemals aufgefallen. Er machte seine Angaben prompt und gewandt. Eine Imbecillität erheblicheren Grades liegt jedenfalls nicht vor. Erbliche Belastung besteht angeblich nicht.

Vergleicht man hinsichtlich der Imbecillität und der Fälle, die der Dementia praecox der beiden anderen Beobachter entsprechen würden, die Ergebnisse Bumke's und Hübner's mit meinen, so ist die ausserordentliche Differenz doch sehr auffallend. Dieselbe lässt sich vielleicht, wenigstens zum Theil, aus Folgendem erklären:

Das von mir benutzte Mikroskop ist fraglos ein bei weitem vollkommeneres Instrument als die von jenen benutzte Westien'sche Loupe. Bei der stärkeren Vergrösserung des Mikrokops werden noch Bewegungen deutlich sein, die mit der Loupe schon nicht mehr zu erkennen sind.

Ferner ist für das Zustandekommen der Pupillenunruhe und der Psychoreflexe die Pupillenweite von Einfluss, enge und weite Pupillen wirken hindernd, wie dies auch von Bumke und Hübner angegeben ist. Allerdings sagt Bumke an anderer Stelle, dass bei Katatonikern die feinsten Oscillationen völlig fehlen, während bei Gesunden und manchen anderen Kranken weite Pupillen stets ein besonders lebhaftes Spiel zeigen sollen. Als Beispiel dafür wird u. A. die Angstpupille angeführt. Diese Gegenüberstellung halte ich nicht für sehr glücklich gewählt. Zunächst kommen auch bei Katatonie Angstpupillen vor. Weiter, wenn eine Pupille von der dem betreffenden Helligkeitsgrade entsprechenden Grösse durch einen stärkeren Affect, wie Angst, eine erhebliche Erweiterung erfährt, so ist es leicht verständlich, dass eine lebhafte Unruhe erzeugt wird durch die entgegengesetzt wirkenden Componenten, Licht und Affect. Anders liegen aber meines Erachtens die Verhältnisse, wenn eine Pupille in Folge geringer Belichtung mydriatisch geworden ist. Alsdann ist es naheliegend, dass die psychischen Vorgänge von geringerer Intensität, die für gewöhnlich die Pupillenunruhe bedingen, nicht mehr im Stande sind, jetzt noch erweiternd einzuwirken.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bumke wie Hübner haben nun im Dunkelzimmer bei einer Lichtquelle von nur 7 Meterkerzen untersucht, Bumke giebt hierbei als mittlere Pupillenweite 6,5 mm an, d. h. diese Pupillen waren übernormal weit. Welchen Einfluss aber eine derartige Weite auf das Zustandekommen der in Frage stehenden Reactionen hat, scheint mir auch aus folgender Beobachtung hervorzugehen.

Einer meiner Kranken hat sich bei einem Suicidversuche den rechten Opticus durchschossen; die Lichtreaction auf diesem Auge ist völlig erloschen, dagegen consensuell vom linken Auge aus prompt zu erzielen. Bei mittlerer Beleuchtung sind beide Pupillen gleich, manchmal ist die rechte eine Spur 0,2—0,3 mm weiter. Die Augenbewegungen sind frei. Am Mikroskop sind Pupillenunruhe und Psychoreflexe links deutlich vorhanden; rechts in gleicher Weise. Wird nun das linke Auge vollständig verdunkelt, so tritt eine Erweiterung der rechten Pupille auf 6,5—7,0 mm ein und nun sind auch die beiden Reactionen entweder ganz geschwunden oder haben doch eine erhebliche Einbusse erlitten; die Bewegungen sind nicht mehr im ganzen Irisrande zu sehen, sondern bald hier, bald da erfolgt noch ein geringes, träges Wogen, bei dem sich mir unwillkürlich der Vergleich mit der wurmförmigen Zuckung eines elektrisch erregten, entarteten Muskels aufdrängte. Diese Erscheinung glaube ich durch die abnorme Weite der Pupille erklären zu müssen.

Es erscheint vielleicht auffallend, dass ich bei meinen Untersuchungen nicht die Wirkung von sensiblen Reizen erwähnt, auch nicht die psychischen bis zum „Erschrecken“ gesteigert habe, wie Hübner dies gemacht hat. Ich habe dies absichtlich vermieden, da mir das Endergebniss dadurch nicht einwandfreier, sondern eher noch zweifelhafter erschien.

Zunächst liegt auf der Hand, dass bei derartigen Prüfungen eine wirklich brauchbare Beobachtung sehr erschwert, ja sogar fast unmöglich ist. Es ist schwer zu denken, dass Jemand, der durch einen hinter ihm zu Boden fallenden schweren Gegenstand wirklich erschreckt wird, nicht zusammenzuckt oder zum mindesten einen Lidschlag vollführt; beides bedeutet aber ein Misslingen des betreffenden Versuches. Aehnlich steht es mit Schmerzreizen und dem Verhalten der zu Prüfenden diesen gegenüber.

Dazu kommt, dass es sich meiner Ansicht durchaus nicht immer sicher bestimmen lässt, durch welchen Reiz eine event. auftretende Pupillenerweiterung bedingt ist, da wir nicht wissen, wie der Betreffende überhaupt auf verschiedene Reize reagirt.

Um ein Beispiel anzuführen: Ein nervöser Mensch in dem Sinne,

Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

wie der Ausdruck im täglichen Leben gebraucht wird, etwa ein Grossstädter, wird durch das plötzliche Geräusch, wie es das unvermuthete Hinfallen eines schweren Gegenstandes hinter seinem Rücken verursacht, auf das Heftigste erschreckt, während ein Bauernbursche davon vielleicht überhaupt kaum Notiz nimmt. Umgekehrt werden von Jemandem, der ein gewandtes und sicheres Auftreten hat, Fragen nach Namen, Alter, Heimat etc. fast mechanisch beantwortet, während der Unbeholfene und Ungeschickte möglicherweise darüber in die peinlichste Verlegenheit, ja geradezu Angst geräth, zumal wenn er sich einem höher Gestellten gegenüber befindet, wie es der Arzt im Verhältniss zum Kranken fast stets ist. Oder weiter, von dem einen, dem die Vorbereitungen am elektrischen Apparat und dieser selbst nichts Besonderes sind, wird der faradische Strom schmerzhaft empfunden, bei dem andern ruft die gleiche Stromstärke keine Schmerzempfindung hervor, aber die ganze Scene ist ihm unheimlich und bedrückt ihn. So habe ich selbst sehen können, dass bei meinen Versuchen mit dem faradischen Strom durch denselben eine Erweiterung der Pupillen eintrat, bald bemerkte ich jedoch, dass das gleiche zuweilen der Fall war, wenn ich die Elektrode ohne Strom aufsetzte, und dass keine weitere Vergrösserung auftrat, als ich dann einschaltete. Aehnliche Erfahrungen hat Moeli gemacht.

Daher glaube ich nicht, dass man die „Stärke" der einzelnen Reize bestimmen kann, dieselbe ist individuell verschieden, und es lässt sich wenigstens nicht immer sicher sagen, welcher Reiz gerade eine Pupillenerweiterung hervorgerufen hat und ob nicht event. eine Summe von Reizen.

Ferner scheint es mir aus diesen Erwägungen heraus für das Zustandekommen der in Frage stehenden Symptome belanglos, ob die Untersuchung bei Tageslicht oder im Dunkelzimmer geschieht. Bei dem einen lösen die Bilder, die er durch das Fenster sieht, psychische Vorgänge aus, den andern ängstigen das Dunkel und die mit ihm dort vorgenommenen Experimente; was aber diesen oder jenen mehr in Affect versetzt, entzieht sich der objectiven Beurtheilung.

Nach den bisherigen Ergebnissen meiner Untersuchungen scheint mir das Fehlen von Pupillenunruhe und Psychoreflexen allerdings vorwiegend bei geistigen Schwächezuständen, wie Imbecillität und epileptischer Demenz vorzukommen, ausserdem bei den von Bumke unter dem Begriff der Dementia praecox zusammengefassten functionellen Psychosen, und dort anscheinend auch schon, ohne dass ein erheblicher Grad von geistiger Schwäche vorliegt, andererseits aber zieht geistiger Verfall, wie schon Hübner betont und wie ich auch an drei meiner

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fälle gesehen habe, nicht unbedingt den Verlust dieser Symptome nach sich.

Die Behauptung, dass Psychoreflexe und Pupillenunruhe bei „Dementia praecox“[1]) auf der Höhe der Erkrankung stets fehlen, halte ich aber für entschieden zu weitgehend. Auch Hübner kommt nicht zu einem so eindeutigen Resultat. Da ausserdem seine Fälle mit Erhaltensein dieser Reactionen klinisch, soweit erkennbar, sich von den mit Aufgehobensein derselben nicht unterscheiden, würde damit schon deren Verwendbarkeit zu diagnostischen und prognostischen Zwecken bedeutend beschränkt sein, noch mehr aber, wenn sich meine Erfahrungen bestätigen sollten, dass das Fehlen dieser Zeichen gar nicht so häufig ist und auch bei Gesunden bis zu einem gewissen Grade gefunden wird.

Mit Recht hebt daher Hübner hervor, dass es noch vieler Nachprüfungen bedürfen wird, ehe ein sicherer Aufschluss über ihren diagnostischen Werth zu erhalten ist.

Vor allem aber meine ich, sind zunächst ausgedehnte, systematische Untersuchungen an Gesunden[2]) nothwendig, da auch bei diesen die fraglichen Vorgänge durchaus noch nicht einwandfrei erforscht und in ihrem Wesen, ihrer Bedeutung und ihrem Zustandekommen bekannt sind. Ehe dies aber nicht der Fall ist, ist es nach meinem Dafürhalten nicht angängig, aus den nicht einmal eindeutigen Befunden am Krankenbette an verhältnismässig kleinem Material so weittragende Schlüsse zu ziehen.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Geheimrath Siemerling, spreche ich für die Anregung zu dieser Arbeit und die freundliche Unterstützung bei Anfertigung derselben meinen verbindlichsten Dank aus.

Literaturverzeichniss.

1. Bach, Das Verhalten der Pupillen bei Convergenz und Accommodation. Zeitschr. f. Augenheilk. XII. Heft 6.

---

1) Wie schon oben erwähnt, sind mit „Dementia praecox“ stets lediglich die Krankheitsgruppen gemeint, die Bumke unter diesem Sammelnamen begreift, ohne dass damit gesagt sein soll, dass ich diese Zusammenfassung für besonders glücklich gewählt erachte oder gar unter „Dementia praecox“ ein einheitliches Krankheitsbild verstehe.

2) Möglicherweise ist auch durch Beobachtung an geeigneten Thieren, wo die Verhältnisse vielleicht einfacher liegen, auf weitere Klärung zu hoffen. Soweit mir bekannt, liegen solche bisher nicht vor.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Bach, Ueber die reflectorische Pupillenstarre und den Hirnrindenreflex der Pupille. Neurol. Centralbl. 1903. No. 23.
3. Bach, Pupillenstudien. Arch. f. Ophthalm. LXII. S. 219.
4. Bechterew, Ueber objective Symptome localer Hyperästhesie und Anästhesie bei den sog. traumatischen Neurosen und bei Hysterie. Neurolog. Centralbl. 1900. No. 5.
5. Bielschowsky, Ein Beitrag zur Kenntniss der Pupillenphänomene. Monatsbl. f. Augenheilk. 41. S. 308.
6. Binswanger-Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie. Jena 1904.
7. Bumke, Beiträge zur Kenntniss der Irisbewegungen. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. 1903. 1904.
8. Bumke, Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Jena 1904.
9. Bumke, Ein neues Pupillometer. Münchn. medic. Wochenschrift. 1903. S. 1343.
10. Damsch, Ueber Pupillenunruhe (Hippus) bei Erkrankungen des Centralnervensystems. Neurol. Centralbl. 1890. No. 9.
11. Donath, Pupillenprüfungen u. Pupillenreactionen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. XVI. 19.
12. Gudden, Ueber die Pupillarreaction bei Rauschzuständen und ihre forensische Bedeutung. Neurol. Centralbl. 1900. No. 23.
13. Haab, Der Hirnrindenreflex der Pupille. Sep.-Abdr. Zürich 1891.
14. vom Hippel (Heidelberg), Neuere Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie der Pupillenphänomene. Münch. medic. Wochenschrift. 1904. No. 16 u. 17.
15. Hübner, Untersuchungen über die Erweiterung der Pupillen auf psychische und schmerzhafte Reize. Allgemeine Zeitschrift für Psych. 1905. S. 616.
16. Hübner, Untersuchungen über die Erweiterung der Pupillen auf psychische und sensible Reize nebst einigen allgemeinen Bemerkungen über Pupillenreaction. Arch. f. Psych. 41. S. 1016.
17. Kirchner, Eine wenig bekannte Pupillenreaction. Münchner medicin. Wochenschr. 1900. S. 1532.
18. Laqueur, Ueber Beobachtungen mittelst der Zehender-Westien'schen binocularen Cornealloupe. Monatsbl. f. Augenheilk. 25. S. 463.
19. Moeli, Die Reaction der Pupillen Geisteskranker bei Reizung sensibler Nerven. Arch. f. Psych. 13. S. 602.
20. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1905.
21. Piltz, Ueber Aufmerksamkeitsreflexe der Pupillen. Neurol. Centralbl. 1899. No. 1.
22. Piltz, Ueber neue Pupillenphänomene. Neurol. Centralbl. 1899. No. 6.
23. Piltz, Weitere Mittheilungen über Vorstellungsreflexe der Pupillen. Neur. Centralbl. 1899. No. 11.
24. Piltz, Ueber Vorstellungsreflexe bei Blinden. Neurol. Centralbl. 1899. No. 16.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

25. Schadow, Beiträge zur Physiologie der Irisbewegung. Arch. f. Ophthalm. XXVIII. 3.
26. Schanz, Ueber das Westphal-Piltz'sche Pupillenphänomen. Berl. klin. Wochenschr. 1901. S. 1065.
27. Schirmer, Untersuchungen zur Physiologie der Pupillenweite. Arch. f. Ophthalm. XL. 5. S. 8.
28. Schirmer, Untersuchungen zur Pathologie der Pupillenweite und der centripetalen Pupillarfasern. Arch. f. Ophthalm. XLIV. S. 358.
29. Schirmer, Zur Methodik der Pupillenuntersuchung. Deutsche med. Wochenschr. 1902. S. 218.
30. Siemerling, Pupillenreaction und ophthalmoskopische Befunde bei geisteskranken Frauen. Char. Ann. 1886. S. 363.
31. Siemerling, Ueber die Veränderungen der Pupillenreaction bei Geisteskranken. S.-A. aus Berl. klin. Wochenschr. 1896. No. 44.
32. Thomsen, Zur diagnostischen Bedeutung der Pupillenphänomene, spec. der reflectorischen Pupillenstarre bei Geisteskranken. Char.-Ann. 1886. S. 339.
33. Vogt, Ueber die Wirkungen des Alkohols auf die Veränderung der Pupillenreaction. Berl. klin. Wochenschr. 1905. S. 322.
34. A. Westphal, Ueber ein bisher nicht beschriebenes Pupillenphänomen. Neurol. Centralbl. 1899. No. 4.
35. A. Westphal, Ueber das Westphal-Piltz'sche Pupillenphänomen. Berl. klin. Wochenschrift. 1901. S. 1226.
36. A. Westphal, Beitrag zur diagnostischen Bedeutung der „Lidschlussreaction" der Pupillen. Neur. Centralbl. 1903. No. 22.
37. C. Westphal, Ueber ein Pupillenphänomen in der Chloroformnarkose. (Aus Virchow's Archiv. 1861.) C. Westphal's Ges. Abhandl. II. S. 98. Berlin 1892.

Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

IV.

Ueber „moral insanity“.

Von

Dr. **Joh. Longard**

in Sigmaringen.

(Hierzu eine Abbildung.)

Der Kampf um den Begriff und das Krankheitsbild der „moral insanity“ ist bekanntlich ein uralter und wenn wir Einsicht nehmen in die psychiatrische Literatur des vorigen Jahrhunderts, so sehen wir, dass dieses Krankheitsbild Gegenstand äusserst vielseitiger und interessanter, theilweise sehr erregter Auseinandersetzungen gewesen ist. Eine Einigung ist jedoch nicht erzielt worden und auch heute gehen die Meinungen über diese Frage weit auseinander.

Während wir die Bezeichnung „moral insanity“ in früherer Zeit auch in Deutschland in praxi sehr vielfach angewandt finden, sehen wir, dass der Name heute gemieden wird, was seinen Grund darin hat, dass diese Bezeichnung früher vielfach missbräuchlich angewandt wurde und durch unliebsame Vorkommnisse und Erfahrungen in foro in Misskredit gekommen war, ferner dass man es nicht für berechtigt hält, aus grossen Hauptgruppen jene Erscheinungsform angeboren defecter Geistesverfassung herauszunehmen und sie als eine besondere Krankheitsform zu behandeln, dass man den Namen also für entbehrlich hält; endlich wird von vielen Seiten — und zwar finden wir diese Ansicht heute hauptsächlich vertreten — geleugnet, dass Erscheinungsformen psychischer Abnormität, wie sie unter diesem Namen beschrieben wurden, überhaupt vorkämen, und man behauptet von dieser Seite vielfach, dass diejenigen Fälle, in welchen diese Diagnose gestellt wurde, ganz anderen bekannten Formen geistiger Störung zuzuzählen seien, und dass es sich lediglich um Fehldiagnosen handelte.

Heute, wo wir den Ursachen des Verbrecherthums wieder mehr nachforschen, wozu neben den Lehren und Anregungen der italienischen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schule auch der Einfluss gesetzgeberischer Reformbestrebungen nicht wenig beiträgt, wird auch der Frage der sogenannten „moral insanity", welche ja von grosser gerichtsärztlicher Bedeutung ist, wieder erhöhtes Interesse entgegengebracht. Angesichts des alten langen Kampfes und der äusserst umfangreichen Literatur auch der letzten Zeit mag es in etwa auffällig erscheinen, dass an casuistischem Material seit langer Zeit nur äusserst wenig mehr beigebracht wurde [Bleuler (1), Deiters (2)], was auch vielfach als ein Mangel empfunden wird.

Ich will hier nicht ausführlicher auf die grosse Literatur und die auch für allgemein psychiatrische Anschauungen und Begriffe höchst lehrreichen und interessanten psychologischen Erwägungen, welche sich ja naturgemäss in besonderem Maasse an die Erörterung der Frage der moral insanity anschlossen, eingehen, zumal dies in mehreren vorzüglichen Arbeiten der letzten Zeit z. B. der von Erdmann Müller (3), von Näcke (4), von Baer (5) in ausreichender Weise geschehen ist. Ich möchte nur kurz folgende Punkte hervorheben. Wir sehen in der Literatur besonders früherer Decennien, dass für die Gruppirung und Unterbringung der Erscheinungsform hauptsächlich folgende psychologischen Erwägungen maassgebend gewesen sind. Während einige Autoren eine isolirte Erkrankung in der Sphäre des sittlichen Empfindens für möglich halten, nimmt die grosse Mehrzahl besonders auch der deutschen Autoren den Standpunkt ein, dass die Seele nur als Einheit denkbar sei und jede Störung der Seele diese als Einheit, als Ganzes treffe. Dementsprechend ordnen auch die Mehrzahl der deutschen Autoren das Bild der moral insanity den grossen Krankheitsgruppen der Imbecillität und des Schwachsinns unter, so Mendel (6), Westphal (7), Meynert (8), Baer (5), Binswanger (9).

Einige Autoren, wie Holländer (10) und Knop (11), reihen die Erscheinungsform psychischer Abnormität der grossen Gruppe der Paranoia unter, indem sie besonders hinweisen auf das gesteigerte Selbstgefühl, den Grössenwahn, welcher diese Leute beherrscht.

So sind, wie gesagt, auch die meisten dieser Autoren für Streichung des Namens moral insanity, wobei indes nicht gesagt ist, dass sie den ganzen Begriff und die Existenz des Krankheitsbildes leugnen und bekämpfen. Andere sind für Beibehaltung des Namens, wobei ich hervorheben möchte, dass auch diese nicht der Ansicht sind, dass es sich hier um eine Erkrankung resp. Defectbildung auf dem Gebiete der Ethik und Moral ganz isolirt handele, sondern nur, dass bei dem Krankheitsbild diese Defecte in ganz besonders in die Augen springender Weise hervortreten. Ich selbst habe in einem Vortrag, den ich seinerzeit im Gefängnissverein in Köln hielt (12), erklärt, dass man den

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Namen beibehalten „könne", wobei ich damals besonders im Auge hatte, dass zur Zeit das Krankheitsbild in Deutschland vielfach als abgethan behandelt wird, während ich der Ansicht war, dass es vom klinischen Standpunkt wohl berechtigt sei, Namen und Krankheitsbild beizubehalten, ob in practischer Beziehung opportun, darauf möchte ich noch eingehen.

Die Lombroso'sche Schule lässt das Bild vollständig aufgehen in dem Typus des „geborenen Verbrechers"; Individuen dieser Art stellen die Hauptrepräsentanten dieses Typus dar.

Kraepelin (13) behandelt in seinem Lehrbuch der Psychiatrie das Krankheitsbild ebenfalls unter dem Kapitel „der geborene Verbrecher".

Naecke (4), welcher für Streichung des Names „moral insanity" ist, bringt die einzelnen Erscheinungsformen dieser Gruppe in folgende drei Abtheilungen unter: 1. Imbecillität. 2. Die der periodischen Stimmungsanomalien. 3. Die der psychischen Degeneration (im Magnan-schen Sinne), unter welch letztere Gruppe er auch die paranoiden Formen unterbringt. (Früher theilte er sie ein in 1. Imbecille, 2. originär Verrückte „die Paranoiden", 3. die minimale Klasse der echten moral insanity).

Müller (3) theilt sie in 2 Gruppen ein: Imbecillität und degeneratives Irresein.

Ich möchte im Folgendem meine Ansicht, welche ich mir in längerer Thätigkeit als Gerichts- und Gefängnissarzt über diese Frage gebildet habe, entwickeln und möchte zur Illustration einige Krankengeschichten mittheilen, welche ich dem sehr grossen Material, welches mir bisher zur Begutachtung vorgelegt wurde, entnehme.

I. M. W.,[1]) geboren am 10. April 1882 zu R.

Die Eltern verlor W. in frühester Kindheit und er kam als Kind in das Waisenhaus seiner Heimath. Leider ist weder über die Art der Eltern, noch über die hereditären Verhältnisse Bestimmtes zu eruiren gewesen. Nur so viel scheint festzustehen, dass W. aus einem verbrecherischen Milieu nicht hervorgegangen ist; vor allen Dingen soll eine Schwester redlich bemüht gewesen sein, auf seine Erziehung günstig einzuwirken und den jungen Taugenichts auf bessere, geordnete Bahnen zu bringen, doch vergeblich. W. wurde wegen seines zügellosen Wesens und seines grossen Hangs zum Diebstahl in seinem 9. Lebensjahre aus jenem Waisenhause entlassen und Verwandten zur Erziehung übergeben, bei welchen er bis zu seinem 14. Lebensjahre verblieb (siehe eigenen Lebenslauf). Seine Führung blieb eine durchaus schlechte. Er zeigte einen ausgesprochenen Hang zum Verbrechen, namentlich zum Diebstahl, war gefühllos und unerziehlich. Nur der Ortsgeitliche, offenbar ein sehr milder Herr, hatte

1) Die Anfangsbuchstaben sind verändert.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine etwas bessere Meinung von ihm. Er erstattete im Jahre 1898 an die Gefängnissverwaltung folgenden Bericht: „Die Lehrer hatten sich beständig über den Schüler zu beklagen wegen Faulheit, Stehlens und Rohheit. Im Jahre 1894 erhielt ich den Schüler unter meine directe Aufsicht; es galt, ihn auf die erste heilige Communion vorzubereiten. Er wurde wider Erwarten in den beiden letzten Schuljahren so fleissig und brav, dass er sich die Note I verdiente und mit den besten Hoffnungen entlassen wurde. Indess liess er in der Ungebundenheit bald nach. Die Grossmutter konnte ihn nicht meistern. Im Dienst als Fuhrknecht in S. that er Anfangs sehr gut. Das zu grosse Vertrauen seines Dienstherrn missbrauchte er zu Diebstahl. Er hat gute Anlagen, bedarf aber beständiger Zucht. Meiner gutmeinenden mildernsten Einwirkung auf seinen guten Willen hat er immer mehr nachgegeben, als der Strenge und Härte, womit ihn seine Lehrer wegen seiner Streiche als Unverbesserlichen behandelten."

Trotz der vielen Diebstähle, welche W. schon als Elementarschüler beging, beginnt sein Strafregister erst im Jahre 1898, in seinem 15. Lebensjahr. Er wurde in diesem Jahre wegen Betrugs zu einer Geldstrafe von 10 Mk. verurtheilt, ferner wegen Diebstahls zu einer Gefängnissstrafe von 1 Jahr, welch' letztere Strafe er vom 12. Juli 1898 bis 12. Juli 1899 verbüsste. Er betrug sich im Strafvollzug schlecht, war frech und ungezogen, durch Strafen nicht im Mindesten zu beeinflussen. Er war dann nur kurze Zeit in der Freiheit und wurde wegen mehrerer Diebstähle und Urkundenfälschung bald wieder in Untersuchungshaft eingeliefert. Hier betrug er sich vor Gericht bei seinen Vernehmungen, besonders bei der Hauptverhandlung, so auffallend, dass Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit entstanden und deshalb beschlossen wurde, ihn zu einer 6wöchentlichen Beobachtung der Provincialirrenanstalt in P. zu überweisen. Der begutachtende Arzt gelangt in seinem Gutachten vom 2. December 1899 zu folgendem Schlussergebniss:

1. W. hat bei Begehung der letzten Strafthaten die zur Erkenntniss der Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen.

2. Wenn auch W. ein von Jugend auf abnormer Mensch ist, so haben doch weder die Strafthaten noch die Beobachtung in hiesiger Anstalt irgend welche Anhaltspunkte für die Annahme ergeben, dass er sich zur Zeit des Begehens der Handlung in einem Zustand von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Es bestand damals die Meinung, dass er Geistesstörung, hochgradigen Schwachsinn, simulirt habe. Durch Urtheil vom 9. Januar 1900 wurde er zu einer Gefängnissstrafe von $2^1/_2$ Jahren verurtheilt.

Während des Strafvollzugs im Gefängniss Z. legte er wiederum ein ganz scheussliches Benehmen an den Tag. Er setzte sich über jede Hausordnung hinweg, war äusserst faul, arbeitete nur zeitweise, benahm sich frech und unverschämt gegen die Beamten, beschimpfte und verhöhnte sie. Es bedrohte die Aufseher in gefährlicher Weise. Die Ruhe und Disciplin der Anstalt wurde in schwerer Weise durch sein Verhalten geschädigt. Mit 14 Tagen Arrest bestraft, scandalirte er in der Arrestzelle Tag und Nacht, pfiff, sang und johlte fort-

Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

während, machte einen äusserst störenden Spektakel. Ketten, die ihm angelegt waren, sprengte er. Bei Besuchen legte er, wie der Arzt berichtet, „ein närrisches affenartiges Wesen an den Tag, schnitt Grimmassen, kaute Brod mit vollen Backen und fletschenden Zähnen, gab auf Befragen unsinnige Antworten, betrug sich überhaupt eher wie ein Thier als wie ein Mensch“. Nach Verbüssung der Arreststrafe erschien er reumüthig und begab sich wieder an die Arbeit. Sein Betragen war aber auch in Zukunft nicht minder schlecht. Er trieb viel Allotria und kümmerte sich wenig um die Anordnungen und lachte den Beamten frech ins Gesicht. Am 5. September 1900 machte er einen Ausbruchversuch, indem er die Eisenvergitterung der Fenster blosslegte und anfeilte. Im Ofen fand man Draht und Feilen. Später fand man ein Versteck unter einer Steinplatte, die er abgehoben hatte. Er musste zeitweise gefesselt werden. Strafen beantwortet er regelmässig mit Demoliren und Scandaliren und Verhöhnen der Beamten. Mehrmals demolirte er die Zelle und Material. Er verhielt sich gegen Ermahnungen und Strafen absolut empfindungslos. Am 7. September sollte er wegen der Anklage des Betrugs vernommen werden. Der Beamte registrirt indessen: „Es war unmöglich mit ihm zu verhandeln, da er sich vollständig blödsinnig stellte, mich zuerst starr ansah, dann cynisch lachte, sagte nur, das ist alles Unsinn.“

Der Arzt schreibt: „Im Ganzen bemüht er sich, ein möglichst freies und ungebundenes Benehmen an den Tag zu legen, sowohl in seinem Aeusseren, als in seiner Ausdrucksweise. Seine Körperhaltung ist daher lässig, seine Gesichtszüge sind verroht, beim Sprechen gesticulirt er drohend mit den Armen in der Luft herum; stellt sich als den schlechtesten Kerl dar, der nur von Stehlen, Plündern und Faulenzen gelebt habe etc. Renommistisch droht er sein Räuberleben fortsetzen und sich auch an den Gefängnissbeamten blutig rächen zu wollen“; auch in Briefen an seine Angehörigen trat er mit diesen Ideen hervor. Im Guten und Bösen wurde es versucht, ihn zur Vernunft zu bringen, doch half Alles nicht. Die Gefängnissdirection legte dem Gefängnissarzt häufig die Frage vor, ob W. denn geistig abnorm, ob er zurechnungsfähig sei und bestraft werden könnte, was letzteres der Arzt immer bejahte. Der Arzt sagt, Merkmale geistiger Störung seien nicht vorhanden, W. sei vielmehr ein frecher und ungezogener Bursche. Er stellt in seinem Antrag zur Aufnahme in die Irrenabtheilung die Diagnose: „Geistige Minderwerthigkeit und Gefühlsroheit.“ Aus den Akten geht hervor, dass W. trotz seines scheusslichen Betragens verhältnissmässig sehr milde behandelt wurde, und zwar weil die Direction ihn für geistig abnorm und nicht voll verantwortlich für sein disciplinwidriges Verhalten hielt. Er wurde am 20. Februar 1901 in die Irrenabtheilung zur Beobachtung eingeliefert.

W. ist ein mittelgrosser, gracil, doch normal gebauter junger Mann mit gutem Ernährungszustand. Der Schädel ist länglich oval, schmal, nach oben etwas spitz zulaufend, hinten flach. Oben in der Kopfhaut sind einige kleine Narben. Die Stirn ist niedrig nach hinten zurückweichend. Die Ohrläppchen sind verwachsen, die Ohrmuscheln missgestaltet. Die Backenknochen treten ziemlich stark hervor. Der Unterkiefer ist sehr gross, stark hervortretend.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Nase ist flach, breit. Das Vorwiegen des Gesichtsschädels gegenüber dem Schädeldach ist sehr in die Augen springend. Die Zähne sind defect, von gewöhnlicher Stellung; der Gaumen gut gewölbt. Der Mund ist breit. Es besteht Strabismus convergens in geringem Grade. Die Pupillen sind gleich und reagiren prompt. Die beiden Gesichtshälften werden gleichmässig innervirt. Beim Sprechen, Zähnefletschen ist ein Beben der Gesichtsmuskulatur wahrnehmbar. Der Gesichtsausdruck ist verschmitzt, grinsend, ganz merkwürdig affenartig. Die Hände zeigen beim Spreizen erheblichen kleinschlägigen Tremor; die Sehnenreflexe sind mittelstark auszulösen. Die inneren Organe sind gesund. Die Sensibilität ist normal. Der Gang ist nachlässig, schlendernd; die Haltung sehr schlaff, nachlässig, respectswidrig. Meist steht W. beim Spaziergang, die Hände in den Taschen, müssig herum, gafft; kommt jemand vorbei, so grinst er, benimmt sich läppisch und macht Kindereien, ruft die Leute an und macht unpassende, oft verletzende Scherze. Er ist meist ausgelassener Stimmung. Die Sprache ist unauffällig, er spricht nachlässig im Dialect seiner Heimat. Seine Schulkenntnisse scheinen anfangs recht mässig zu sein. Er behauptet, er sei die halbe Zeit nicht in die Schule gegangen; auch einfache Rechenaufgaben löst er nicht, behauptet, er könne das nicht, auch in der Schule sei ihm das Rechnen schwer geworden. Indess weicht er bei der Prüfung aus, giebt sich keine Mühe, die Fragen zu beantworten, lacht im Gegentheil höhnisch, sagt, dies alles sei ihm zu dumm, so dass es schwer ist, in exacter Weise bei den ersten Untersuchungen und Prüfungen darüber Gewissheit zu bekommen, was er eigentlich weiss. Später stellt sich indess heraus, dass sein Gedächtniss recht gut ist. Auch seine Kenntnisse sind für einen Menschen, der nur Volksschulbildung genossen hat, durchaus nicht unter der Norm. Es geht dies besonders auch aus seinen verschiedenen Schreiben hervor, die, was Schrift, Form und Ausdrucksweise angeht, nicht einem intellectuell schlecht veranlagten Menschen entsprechen. Sie wimmeln zwar von grammatikalischen und orthographischen Fehlern und sind sehr flüchtig. Wie besonders die spätere Beobachtung ergab, würde ich den W. nur auf Grund des Standes seiner Kenntnisse und seines Gedächtnisses jedenfalls nicht für geistesschwach erklären können. Durch sein ganzes Gebahren in Verbindung mit dem schwachsinnigen Eindruck, den er durch seine äussere Erscheinung macht, erschien er Anfangs bezüglich seiner intellectuellen Fähigkeiten allerdings schwachsinniger als er thatsächlich ist. Er ist wohl orientirt über den Zweck seiner Ueberführung in die Irrenabtheilung, seine Umgebung, seine Lage als Gefangener und seine Bestrafung. Sein Verhalten ist jedoch von Anfang an ein auffallendes. Er schimpft über die Gefängnisbeamten in Z., behauptet, die Aufseher hätten ihn geschunden und misshandelt; hätte er sich beschwert, so hätten diese gelogen. Der Director in Z. sei zwar sonst der schlimmste nicht, doch habe er ihn, trotzdem er unschuldig ein Jahr gesessen, dazu noch hauen lassen und dafür werde er sich noch rächen; „ich kriege ihn doch noch; wenn mich die Schicks (Dirnen) nicht gehalten hätten, hätte ich ihn schon todtgeschossen!“

Er höhnt von Anfang an über Religion und religiöse Gebräuche.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Er spottet „dumme Pfaffen.“ Von der Beichte meint er „das können die mit kleinen Kindern abmachen. Quatsch, da bekäm ich noch 5 Jahre dabei; das kenne ich. Die lauschen die Leute aus, gehen dann hin, klatschen und bringen die Leute in's Kittche!“ In schamlosester Weise erzählt er mir lachend, dass er täglich onanire, „so oft es nur geht“; versorgen Sie mir eine Schicks, dann thue ich das nicht mehr.“ Nicht minder schamlos spricht er von seinem Verbrecherleben, wie er durch die Lande zog. „Arbeiten thue ich nicht, das ist Dummheit und macht Kopfschmerzen. Da ist Spitzbuberei schon schöner.“ Er macht die Bewegung des Stehlens und meint: „Das gefällt mir. Das treibe ich auch wieder, wenn ich herauskomme. Eine Kasse ist mir sicher. Der ist mein, der Mobe. Wenn mir das gelingt, dann brauche ich nichts mehr zu thun. Nachher stecke ich das Haus an; das habe ich mir schon alles ausgedacht.“ Er behauptet, er habe schon mehrere Häuser auf dem Lande angezündet, ohne dass es herausgekommen wäre. „Ich werde den Baumeistern noch mehr Arbeit verschaffen. Ob so ein Dorf abbrennt, ist mir ganz egal; da lach ich mir in's Fäustchen. Wenn mich einer ärgert, dann stecke ich ihm einfach sein Haus an und einen Stich in den Leib kann er auch noch haben“. Am meisten scheint er es auf Fabrikkassen abgesehen zu haben. Auf nähere Mittheilungen will er sich indess nicht einlassen, sondern meint verschmitzt lachend, so dumm sei er nicht, das zu sagen, ich würde das sofort anzeigen. Das Höchste ist ihm die Zuhälterei. „Wenn ich den Fang (Raub einer Fabrikkasse) gemacht, spiel ich hier in Köln Louis. Das habe ich schon in M. gemacht. Das ist noch ein schön Leben, mit so einer Schicks spazieren gehen.“ Er renommirt dann mit seiner Geschlechtsthätigkeit, zeigt nach dem Weiberflügel und klettert mit Vorliebe affenartig auf's Fenster, hängt sich an den Traillen fest und meint: „Ich rieche, dass da drüben Schicksen sind, ich habe eine feine Nase.“

Er dünkt sich sehr klug, renommirt mit seiner Klugheit, meint, dass er allen, auch den Staatsanwälten überlegen sei; ihn kriegen sie doch nicht, er durchschaue sie Alle. — Das Verhalten in der Folgezeit entsprach diesen Beobachtungen der ersten Tage. Einen Beschäftigungstrieb hat er nicht. Er betheiligt sich wohl gern am Spiel jeglicher Art. An der Arbeit nimmt er indess nur wenig Theil. Was er arbeitet — Düten kleben — ist mangelhaft. Wohl ist er stets bei der Hand, wenn es gilt, Unfug zu machen, die Beamten zu chikaniren, sie zu denunciren und ihnen Schwierigkeiten zu bereiten. Er zeigt ein läppisches Verhalten, macht Dummheiten und Kindereien. Auf Ermahnungen hört er garnicht, höhnt die Beamten nur aus, ist weder durch Milde noch durch Strenge zu beeinflussen. Er verhält sich überhaupt gänzlich unempfindlich. In schamlosester Weise spricht er auch später den Gefangenen gegenüber mit Vorliebe von seinem Räuber- und Verbrecherleben, seinen vielen Strafthaten, hinter welche die Staatsanwaltschaft und Polizei noch nicht gekommen ist. Er renommirt auch ihnen gegenüber mit unsittlichen Handlungen, mit seinem vielen Onaniren. Er schimpft recht häufig über die Beamten in Z., die Gerichte, ist stets bestrebt, die Mitgefangenen zu verhetzen und zu Gewaltthätigkeiten gegen die Beamten aufzuwiegeln. Sein Betragen ist so, dass die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

andern kranken Gefangenen Aergerniss an seinem Thun und Treiben nehmen und ihn wiederholt züchtigen, so dass, um Unruhen zu vermeiden, eingegriffen werden muss. Sie bitten, man möge ihn isoliren. — Zur Rede gestellt, lügt er frech, verleumdet die Mitgefangenen, wie er sie überhaupt stets anzuschwärzen geneigt ist, er will auch die Beamten bei der vorgesetzten Dienstbehörde anklagen. In seinem Auftreten den Aufsehern gegenüber tritt stets ein gehobenes Selbstgefühl zu Tage; er dünkt sich Allen überlegen. Mit der Zeit wird er mehr und mehr lästig, schmeichelt allerdings zeitweise in kindisch läppischer Weise den Beamten, ist dann übermässig freundlich und aufdringlich, hängt sich an ihren Rock und macht Unsinn, sucht sich durch Anschwärzen der Mitgefangenen lieb Kind zu machen. Zu anderen Zeiten wird er ungemein frech, droht in gefährlicher Weise und greift bei Gelegenheit z. B. Revision seiner Kleider und seines Körpers in grosser Erregung thätlich Beamte an, so dass er mit Gewalt bezwungen werden muss. Wird ihm ein Wunsch nicht gewährt, stellt er sich oft in kindischer Weise schmollend in eine Ecke; oft droht er gefährlich. Oft singt, johlt, brüllt, schreit und pfeift er überlaut Tage lang, ahmt Thierstimmen nach, stört die Ruhe der Anstalt. Dies alles in der ausgesprochenen Absicht, diesen und jenen Vortheil zu erzwingen. Er tanzt oft lachend herum, wenn er „Schicksen“ gesehen und spricht Schweinereien und singt unsittliche Lieder. Zurechtgewiesen lacht er höhnisch; häufig demolirt er Gegenstände z. B. das Fenster, welches nicht geöffnet wird, Fensterriegel, wollene Decken, Hemden, die Heizungsanlagen auch in der Tobzelle. Beständig ist er auch daran, die Traillen zu zerstören, um auszubrechen. Wird er zur Rede gestellt, leugnet er frech, schiebt die Schuld auf Andere. Oder kann er nicht leugnen, meint er uneinsichtig, was er gemacht habe, wäre doch nicht schlimm.

Im Allgemeinen ist er gehobener Stimmung. Nur zeitweise ist er missmuthig, sehnt sich danach, aus der Irrenabtheilung wieder in ein ihm genehmes Gefängnis zu kommen, da hier doch nichts los sei, da er sich mit den Mitgefangenen nicht stellen könne und seinen Willen nicht durchsetze; eine Depression, welche man als krankhaft hätte bezeichnen können, ist niemals nachzuweisen gewesen. Zu beachten ist beständig ein überlebhaftes, etwas erregtes Wesen, welches zu manchen Zeiten mehr hervortrat, als zu anderen Zeiten, und welches ihn dann besonders lästig und gefährlich erscheinen liess. Irgend eine Periodicität war dabei nicht wahrzunehmen. Zu manchen Zeiten war er wohl auch etwas reizbarer als zu anderen Zeiten; eine übergrosse Reizbarkeit, wie bei anderen derartigen Individuen, war indess bei ihm nicht vorhanden.

Wahnideen, Zeichen von Sinnestäuschungen sind in der ganzen Beobachtungszeit niemals wahrzunehmen gewesen. Auch das Bewusstsein war zu allen Zeiten vollkommen erhalten. Er machte niemals den Eindruck, dass er sich mit der Absicht trüge, durch irgend welche Handlungen, durch sein Benehmen, durch Reden sich geisteskrank zu stellen. Im Gegentheil hebt er immer hervor, dass er nicht geisteskrank, sondern sogar sehr schlau und Anderen überlegen sei.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zu allen Zeiten war er vollkommen präsent, beobachtete Alles, was um ihn und im Hause vorging, scharf und richtig. Bei späteren, auch langen Unterredungen war er durchaus zugänglich, beantwortete alle an ihn gestellten Fragen in prompter, sinngemässer und geordneter Weise. Auffallend war aber stets die absolute moralische Unempfindlichkeit.

Im Ganzen war er ein äusserst lästiger, schwer zu behandelnder Insasse der Anstalt. Am ruhigsten und besten zu halten war er noch, wenn ich ihn, seinem Wunsch nachgebend, mit schriftlichen Arbeiten beschäftigte. Es schmeichelte dies auch seiner Eitelkeit. U. a. schrieb er für mich ganz ausführlich seinen Lebenslauf. Derselbe handelt von Anfang bis zu Ende von seinen Spitzbubereien und Verbrechen. Er erzählt, wie er in früher Jugend in das Waisenhaus kam und wie es ihm dort erging. Er besuchte von dort die Dorfschule. „In die Schule ging ich nicht gerne. Auf der engen Schulbank sitzen und ruhig sein, behagte mir nicht. Ich ging lieber in die Berge, Vogelnester suchen oder in den Wald, um ungestört mich an der frischen Luft zu erquicken. Dieses Herumstreifen setzte mir aber bittere Stunden ab. Der Lehrer liess mich suchen und zeigte mich an. Da gab es nichts zu essen und Schläge. Dieses erbitterte mich so, dass ich Tage lang nicht nach Hause kam, und da ich Hunger bekam, etwas stehlen musste. Ja, ich wurde manchmal so wüthend, dass ich beschloss, ihm die Kasse (des Waisenhauses) zu stehlen. An einem schönen Sommerabend ging ich wieder wie toll umher. Ich hatte schon zwei Tage nichts gegessen wie gelbe Rüben und ein Paar Vogeleier. Von heissem Hunger verfolgt, beschloss ich mir Geld zu verschaffen. Mit Geld, dachte ich, kriege ich Alles und kein Mensch soll so gut leben, wie ich. Ich überlegte und verarbeitete mein Gehirn, so dass ich in einen tiefen Schlaf fiel; aber ich schlief nicht lange. Der Hunger liess mich nicht in Ruhe. Ich stand auf und schlich mich langsam und vorsichtig bis an's Haus. Es war gerade die Zeit, sich zur Ruhe zu legen. Ich stand lange da, ohne zu wissen, was ich thun sollte. Aber ein Knurren in meinem Magen erinnerte mich an das, was ich vorhatte. Ich ging noch ein Paar Schritte und stand vor dem Haus; ein Sprung durch das offene Fenster, ein zweiter nach dem Schranke, ein Griff und ich hatte das Geld in meinen Händen.“ Er erzählt dann, wie er wegen dieses Vorkommnisses aus dem Waisenhaus entlassen wurde und zu seinem Vormund kam, wo er zum Stehlen sogar angehalten worden sei. „Kein Tag verging, an dem ich nicht gestohlen hätte.“ . . . . „Ich begab mich zu meiner Schwester, aber da ich das Stehlen nicht lassen konnte, so bekam ich mehr Schläge, als Brod zu essen. Meine Schwester meinte es gut mit mir und wollte mich zu einem ordentlichen Menschen machen. Aber es war zu spät. Ich hatte mir das Stehlen so angewöhnt, dass ich es nicht mehr lassen konnte. In dieser Zeit wurde ich aus der Schule entlassen und trat in Arbeit, aber das Arbeiten gefiel mir nicht; ich stahl mir Geld. Meine Schwester, die es erfahren hatte, schlug mich, als ich nach Hause kam, windelweich; ich hatte 2 Löcher im Kopf davon. . . . .

Nachdem ich von meiner Schwester entlassen war, trat ich bei einem Rollfuhrmann G. Z. in Dienst. Dieser behandelte mich gut und ich hatte

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herrentage bei ihm. Kaum 6 Monate in Dienst, lief ich fort und ging als Marketender mit den Soldaten ins Manöver. Dieses war im Jahre 1897. Nach meiner Rückkehr aus dem Marketenderleben ging ich wieder zu Z. Kaum 14 Tage im Dienst, schickt mich mein Herr aus in der Stadt S., die Frachtbriefe auszutheilen und das Geld einzusammeln. Hierbei verfälschte ich einen Brief von 30 Pfennig bis zu 30 Mark. Ich bekam einen strengen Verweis. In der Nacht vom 23. zum 24. Januar 1898 brach ich bei Z. ein und stahl einen Frachtbrief im Werthe von 30 Mark, 50 Freimarken und 3 Mark in baarem Geld . . . ."

Er schildert dann ein ganz tolles Diebes- und Räuberleben, was er geführt, zum Theil ganz abenteuerliche Streifzüge bei starker Bewaffnung. Im Jahre 1898 wurde er wegen Diebstahls zu einer Gefängnissstrafe von 1 Jahr verurtheilt, wie er stets behauptet, in diesem Falle unschuldig auf Grund wissentlich falscher Bekundungen. Er verbüsste die Strafe; doch schwor er Rache der Welt und, wie er in seinem Lebenslauf schildert, hat er nach seiner Entlassung auch Rache geübt. „Ich wollte stehlen, brennen und rauben. Ich habe meine Rache gekühlt. Ich bin zufrieden." Besonders hatte er es auf einen meineidigen Zeugen abgesehen, den er auch später noch aufs Korn nehmen will. Nicht uninteressant schildert er seinen Rachefeldzug gegen jenen Menschen. „Ich konnte so ungefähr eine Stunde gegangen sein, als ich an einen kleinen Wald kam. Müde durch das Rütteln und Schütteln auf der Bahn setzte ich mich nieder. Ich zog einen Spiegel aus der Tasche und schaute in mein entstelltes Gesicht. Ich glaubte fast nicht, dass ich es war, der in den Spiegel schaute. Meine Wangen waren eingefallen und farblos geworden; die Augen waren starr und schienen zu glühen; der Mund war geschlossen. Ich starrte vor mich auf die Erde und überdachte meinen Plan. Es schlug 12 Uhr als ich in meinem Dorfe ankam. Ich hatte in Erfahrung gebracht, dass M. im Krankenhause wäre. Düster zogen die Wolken am Himmel, als schienen sie bei meinem Vorhaben mir helfen zu wollen. Jetzt stand ich vor einer kleinen Thüre, welche in der Mauer in das Krankenhaus führt. Ich zog meinen Revolver, untersuchte das Schloss und steckte 8 Kugeln in die Walze. Nachdem ich auch das Messer untersucht und beides in Ordnung fand, zog ich ein starkes Eisen aus der Tasche, welches mit 5 Ringen versehen war, die man in die 5 Finger stecken konnte. Es war einer der schwersten Schlagringe. Oben an dem Ringe waren 5 scharfe Zacken, die sobald den Getroffenen tief ins Fleisch schnitten, wenn er damit geschlagen wurde. Ich hatte mir diese Gegenstände in einem Laden gestohlen; ausserdem führte ich noch ungefähr 50 bis 80 scharfe Kugeln bei mir. . . . ." Er schildert dann, dass dieser Plan leider fehl ging und wie er ein anderes Mal thatsächlich auf M., dem er Nachts auflauerte, schoss, doch ohne zu treffen. An einem anderen Zeugen nahm er Rache und zog dann raubend und stehlend durchs Land. Eingehend erzählt er auch in seinem Lebenslauf von seinen Einbruchsversuchen in Fabrikkassen, auf die er es besonders abgesehen hat, weil dort am meisten zu holen ist. Er schildert, wie er hierbei in äusserst raffinirter Weise vorgegangen ist, und schildert dies in der ausgesprochenen Absicht, um mir damit zu beweisen,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„dass er nicht geisteskrank sei“. In dieser Absicht schildert er auch genau die Gerichtsscene vom October 1899, in welcher beschlossen wurde, ihn zur Beobachtung in eine Irrenanstalt zu überführen, wobei er hervorhebt, dass er durch sein absichtlich trotziges und freches Auftreten den Richtern gegenüber schliesslich zu seinem grossen Aerger den Eindruck hervorrief, dass er geisteskrank sei, was absolut nicht der Fall sei. „Ich hatte mir von vornherein vorgenommen, in der Verhandlung Krach zu schlagen.“

Wie er auch seinen Lebenslauf in phantastischer Weise ausschmückt und sich gross dünkt in seinem Verbrecherheldenthum, so schmiedet er auch für die Zukunft in gleicher Art seine Pläne und ist glücklich in der Idee, heldenhaft, doch stets als Verbrecher, vernichtend sein Leben weiterzuführen. Sein ganzer Ideenkreis dreht sich recht intensiv um solches Thun und so bat er mich auch als „Schriftsteller“ thätig sein zu dürfen, was ich ihm gestattete, um ihn zu beschäftigen. Ganz entsprechend diesem Ideenkreis fabricirt er einen langen Roman: „Die Tochter des Mörders.“ Roman von M. W., dem Herrn Dr. L. hier zum Andenken erzählt und in tiefer Ehrfurcht gewidmet.“ Er schildert darin das Treiben von Schmugglern, die Ermordung von Grenzaufsehern, die Trauer der Angehörigen, Eintritt der Tochter eines der Ermordeten ins Kloster, Liebesaffären, Flucht des Mörderhelden ins Ausland, wo er zu Reichthum gelangt und es ihm lange Jahre ganz gut geht; schliesslich wird er jedoch erkannt und er giebt, nachdem er noch einen seiner Verfolger erschossen, sich selbst eine Kugel, weil er keinen Ausweg sieht und er endigt auf diese Weise. Es ist ein plattes, recht phantastisches Machwerk, welches aber zur Beurtheilung des W. nicht uninteressant ist; dabei ist es für die Bildungsstufe des W. relativ gut geschrieben; vor Allem fiel mir auf, wie mir dies auch bei der Schilderung seines Lebenslaufs bemerkenswerth erschien, dass seine Phantasie ganz besonders lebhaft angeregt erscheint und seine Erzählung einen gewissen Schwung erhält, wenn er die Momente schildert, in denen ein Verbrechen und ganz speciell, wenn ein geplanter Mord zur Ausführung gelangt, z. B. wenn er, wie folgt, die Ermordung eines Grenzbeamten schildert: „Etwa drei Stunden Weges von S. war seit 2 Tagen ein Mann in einem tiefen Walde damit beschäftigt, eine kleine Hütte zu bauen. Der Platz, wo er sich befand, war eine Grasfläche, die sich rings an den Ufern eines kleinen Baches ausstreckte, und auf allen Seiten von ziemlich hohen Eichenbäumen umgeben war. Die Hütte war fertig bis auf die Thüre und Fenster und augenblicklich war kein Mensch in der Nähe. Es mochte so eine gute Stunde vergangen sein, als es in den Zweigen zu knacken und zu krachen anfing. Vorsichtig wurden die Zweige auseinandergeschoben und als nichts Verdächtiges bemerkt wurde, trat ein Mann von hohem Wuchs aus dem Walde und ging gerade auf die Hütte zu. Hier musste er zu Hause sein, denn ohne Weiteres ging er in die Hütte. Bald kam er aber wieder heraus, eine Doppelflinte auf dem Rücken, zwei Revolver und einen scharfen Dolch in der Seite. Er schien auf Jemanden zu warten; denn von Zeit zu Zeit horchte er auf dem Boden, indem er das Ohr glatt auf die Erde legte. Es dauerte nicht lange, so erhellte sich sein Gesicht zu einem freudigen Lächeln und er rieb zum Zeitvertreib sich die Hände. Bald aber wurde er besorgt, denn

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

es war nicht der Erwartete, sondern ein Hirsch, der in den Zweigen sein Wesen trieb.

Wo er nur so lange bleibt, sprach er zu sich selbst; sonst immer so pünktlich und jetzt ist schon eine halbe Stunde nach der Zeit. Es wird ihm doch nichts passirt sein. Er hatte aber die Worte noch nicht ausgesprochen, als die Zweige auseinandergeschoben wurden. Als er jedoch den, welcher in den Zweigen war, erkannte, hatte er wie ein Blitz die Hand an dem Revolver; er zielte; der Schuss krachte; ein Schrei erfolgte; dann war alles todtenstill. Noch lange blieb er stehen, bis ihm von Weiten ein Signal gegeben wurde. Aha, rief er; wir müssen die Leiche dieses Schurken, der mich immer verfolgt, bei Seite schaffen, damit man nichts mehr von ihm sieht. Hierauf liess er zwei scharfe Töne hören, welche in einiger Entfernung beantwortet wurden. Bald standen sie bei einander und drückten sich die Hände . . . . . "

Lange war W. indess auch mit dieser Beschäftigung nicht in Ruhe zu halten. Seine Unstetheit und Ruhelosigkeit machte sich bald wieder in der unangenehmsten Weise bemerkbar. Immer neue Wünsche, stets wechselnde Anliegen, bei denen er sich grösstentheils bei einigermaassen ruhigem und klarem Urtheil hätte sagen müssen, dass sie, zumal in seiner Lage, ganz unmöglich gewährt werden können. Mehr und mehr wird ihm auch der Aufenthalt in der Irrenabtheilung zuwider; ungeduldig drängt er fort. Sein Wunsch ist, in die Strafanstalt S. zu kommen, um dort den Rest seiner Strafe zu verbüssen; er glaubt dort auch Beschäftigung, die ihm einigermaassen zusagt, zu erhalten und meint, dass dort „mehr los sei" als in Cöln. Bei wachsender Ungeduld wird er immer störender durch sein tolles Treiben, durch seine Klagen und Chikanen, durch seine vielen Zwistigkeiten mit den anderen Kranken. Beständig sucht er auch andere Kranken aufzuhetzen, Complotte zu schmieden. Erfolg hat er allerdings nicht, da keiner ihn ernst nimmt wegen seines bubenhaften, läppischen Benehmens und er auch wegen seines schamlosen Wesens keinen Genossen findet, der zu ihm hält.

Durch die lange Beobachtung gewann ich die Ueberzeugung, dass ich es mit einem krankhaft veranlagten, „imbecillen" Menschen zu thun hatte, den ich nicht für strafvollzugsfähig und auch nicht für verantwortlich halten konnte, und ich stellte am 13. Juli 1901 den Antrag, ihn in eine öffentliche Irrenanstalt zu überführen und aus der Haft zu entlassen. Ich machte in meinem Gutachten ganz besonders auf die äusserst grosse Gemeingefährlichkeit aufmerksam und äusserte, dass er durch Internirung dauernd unschädlich gemacht werden müsse.

Diesem Antrag wurde entsprochen und W. wurde am 24. September 1901 in die Provinzialirrenanstalt P. überführt. Ich bemerke, dass seine Strafzeit, wenn sie ohne Unterbrechung ihren Fortgang genommen hätte, nur noch bis zum 9. Juli 1902 gewährt hätte.

Die Direction der Irrenanstalt P. berichtete indess am 22. Januar 1902, dass die erneute Beobachtung des W. keinen Anhaltspunkt ergeben habe für die Annahme, dass W. wirklich geisteskrank ist. Er sei wohl „ein ethisch verkommenes, abnorm veranlagtes Individuum", aber von einer Imbecillität

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

könne keine Rede sein. Besonders wird hingewiesen auf die verhältnissmässig gute intellectuelle Veranlagung. Empfohlen wird zum Schluss: „Bei künftigen Ausschreitungen während der Verbüssung der Haft dürften disciplinare Maassregeln ganz besonders am Platze sein.“ W. wurde daraufhin am 1. Februar 1902 in die Strafanstalt S., wohin er ja schon immer auch in Cöln als eine ihm als gut empfohlene Anstalt drängte, zur weiteren Verbüssung des Restes seiner Strafe überführt.

Da mich diese Nachricht mit Sorge für das zukünftige Verhalten dieses eminent gefährlichen Menschen erfüllte, interessirte ich mich auch in Zukunft noch für ihn. Eine Anfrage meinerseits beantwortete der Director dieser Strafanstalt, ein älterer, sehr erfahrener und sehr gut beobachtender Herr am 22. October 1902, dass der Geisteszustand des W. auch nach seiner Ansicht „mindestens zweifelhaft sei“. Er legte seinem Schreiben folgende eingehendere Mittheilung des Gefängnissarztes Dr. L. bei: „Das Benehmen des Gefangenen W. hat sich seit seiner Einlieferung aus der Irrenanstalt zu P. am 1. Februar 1902 in keiner Weise geändert. Er war faul und zeigte sich frech und unverschämt gegen die Beamten; er scandalirte häufig. Schwere Disciplinarstrafen änderten sein Benehmen in keiner Weise. In der Annahme, dass er sich bei Aussenarbeit bessern würde, wurde er am 28. Juli d. Js. nach dem R. Thale zur Arbeit im Weinberge gesandt. Er musste jedoch am 10. October d. J. wieder in die Strafanstalt nach S. zurückgebracht werden, da er sich auch hier faul und frech zeigte und die Disciplin durch sein Benehmen in arger Weise gefährdete. Da der p. W. nicht im Stande ist, sich der Hausordnung zu fügen und kein richtiges Verständniss für Strafe und Strafvollzug hat und im Uebrigen gemeingefährlich ist, so ist seitens der Gefängnissdirection zu S. bei der Regierung der Antrag gestellt worden, dass der p. W. nach seiner Entlassung aus dem Gefängniss am 16. November d. J. nochmals einer Irrenanstalt zur Beobachtung seines Geisteszustandes überwiesen wird.

Ich halte den Geisteszustand des p. W. mindestens für recht zweifelhaft.“ — Die Direction stellt obigen Antrag und spricht dabei die Meinung aus, dass W. für seine Handlungen nicht zur Verantwortung zu ziehen sei. Die Behörde überweist ihn, dem Antrage Folge leistend, nach seiner Entlassung am 16. November 1902 der Provincial-Irrenanstalt nach T. Hier wird er nach einer Beobachtung von einigen Wochen als nicht irrenanstaltspflegebedürftig und nicht geisteskrank in Freiheit entlassen. W. sei eine Verbrechernatur.

Leider sollte es nicht lange dauern, da zeigte sich, wie sehr berechtigt meine Befürchtung war, W. möge in dem Zustand, in dem er entlassen wurde, sein gefährliches Treiben in noch schlimmerer Weise fortsetzen als bisher. W. machte sich offenbar sofort nach seiner Entlassung an seine für ihn specifische „Arbeit“. Wir kennen nur Einiges aus dem letzten Akt dieses Dramas.

In der Nacht vom 12. bis 13. März 1903 wurde ein sehr angesehener Mann, Fabrikdirector B., ermordet. Die Nachforschungen förderten, kurz geschildert, Folgendes zu Tage: Vor Fastnacht 1903 traf W. den 19 Jahre alten Jakob A., den er im Gefängniss in S. kennen gelernt hatte, in M. wieder. Sie wohnten bei 2 Frauen, mit denen sie geschlechtlichen Verkehr unterhielten,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und machten von M. aus Streifzüge in die Umgebung. Sie waren mit Revolver und Dolch bewaffnet und mit Einbruchswerkzeugen gut versehen. Ueberführt wurden sie, in den Tagen vor dem Morde folgende Strafthaten verübt zu haben:

Am 3. März 1903 erbrachen sie einen Automaten, in der Nacht vom 10. bis 11. März 1903 brachen sie in eine Bäckerei in M. ein, raubten Schinken und Brod im Werthe von 25 Mk., in derselben Nacht machten sie einen Einbruchsversuch in ein anderes Haus, wurden aber gestört. In der Nacht vom 12. zum 13. brachen sie in eine Italienercantine ein und raubten Lebensmittel. In einem Kochtopf fanden sich anderen Tages Fäces. Darauf brachen sie bei einem Schlosser B. ein, raubten ein Fahrrad. Da W. nicht darauf fahren konnte, demolirte er das Rad, dann versuchten sie in das Centralbureau der L. Hütte einzudringen, was ihnen aber nicht gelang; sie eilten dann weiter und brachen in das Bureau der Fabrik der S. Werke in C. ein; hier zündeten sie eine Kerze an, erbrachen den Schreibtisch und machten sich nun mit ihren Werkzeugen an das Oeffnen des Geldschrankes; sie arbeiteten daran eine Stunde lang, doch vergeblich. Durch ein Geräusch wurden sie gestört und löschten das Licht. Der Director der Fabrik, welcher, wie es scheint, etwas Verdächtiges wahrgenommen hatte, trat ins Bureau. A. war mittlerweile durch's Fenster entwichen. Offenbar schoss W. sofort auf den Herrn; er gab 3 Schüsse ab, von denen einer den Director tödtete. Der Befund und die übrigen Erscheinungen liessen es sehr unwahrscheinlich erscheinen, dass ein Kampf stattgefunden hatte. Die Burschen kehrten nach der That wieder zu den Frauen, bei denen sie wohnten, zurück. W. sprach ganz offen mit ihnen über das Vorgefallene und ging anderen Tages aus, um zu sehen, ob die Zeitungen noch nichts über die That berichteten. Trotzdem die ganze Gegend über die schreckliche That in Erregung war, setzten die Burschen dennoch die folgende Nacht ihre Raubzüge wieder fort, brachen in eine Cantine ein, in der eine Italienercolonne ihre Lebensmittel aufbewahrte, entwendeten zahlreiche Nahrungsmittel, die sie ruhig mit nach Hause brachten.

Nach einigen Tagen wurden die Burschen verhaftet. Während das Verhalten des A. im Gefängniss ein unauffälliges ist, ist das Benehmen des W. seiner früheren Art entsprechend, in jeder Weise auffallend und derart, wie man es bei Verbrechern zu beobachten nicht gewohnt ist. Er zeigt angesichts der furchtbaren That und des grossen Unglücks, von der auch die Familie des Getödteten betroffen wurde, nicht die mindeste seelische Regung, kein Mitleid, keine Reue, keine Depression. Im Gegentheil fühlt er sich jetzt Herr der Situation und brüstet sich, als ob er eine edle That vollführt hätte. Wohl leugnet er insofern, als er dem A. den ganzen Plan zu dem Morde und zu den Raubzügen in die Schuhe schiebt, während er thatsächlich zweifellos selbst der Anstifter und Anführer war; er giebt indess zu, den Director B. getödtet zu haben, aber auch in diesem Punkte behauptet er unschuldig zu sein, weil er in Nothwehr gehandelt habe. In welchem Tone er von Anfang an die ganze Affäre behandelt, mögen folgende kurze Auszüge aus einigen Briefen zeigen:

Am 20. April 1903 schreibt er an die Staatsanwaltschaft u. A. „. . . Wir

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

feierten lustig die Fastnacht, da ging unser Geld immer dünner. Wir reisten nach S., trafen eine schöne Schicks, ein fein Dirnchen und hatten einen freien schönen Tag, frei Kost und Logis. Als das Geld zu Ende war, führte mich A. an die Arbeit. In einer halben Stunde hatten wir genug. Ich hatte aber auch schwer schaffen müssen. Dann gings nach M., froh gelebt und tüchtig gegessen und getrunken, und als wir kein Geld mehr hatten, nach S., wieder an die Arbeit.“ Er erzählt nun von dem Mord in L. und meint: „denken Sie sich, dass wir unser Brod ehrlich verdient haben, wie es Gott befohlen hat, denn er sagte: die Erde gehört dir. Im Schweisse sollst Du dein Brot essen und verdienen. Als ich dieser Pflicht nachkam, kommt der Mensch, um mir mein Leben zu rauben. Und da sollte ich mich kalten Bluts abschlachten lassen.“ Er behauptet, er sei unschuldig, habe in Nothwehr gehandelt und verlangt seine Freilassung.

Ebenso schreibt er am 22. Mai 1903 an seine Schwester. Er erzählt ihr von seiner „Geschäftsreise“. Am 12—13 habe er „Nachtdienst“ gehabt. Er berichtet über die Mordtat, er fühle sich unschuldig und glaube, bald in Freiheit zu kommen. Der Menschheit schwört er Rache.

Auch in einem anderen Brief vom 31. Mai 1903 behauptet er, er sei unschuldig. Director B. sei nicht harmlos in die Thüre gekommen, um noch etwas nachzusehen, wie von der Anklagebehörde behauptet werde, sondern der „Kerl“ hätte sich, als sie an der Arbeit waren, auf ihn gestürzt und ihn gewürgt, da habe er sich gewehrt.

Während der Untersuchungshaft benimmt er sich ebenso wie früher während der Strafhaft. Er sprengt Fesseln, bohrt ein Loch in die Wand zum Zwecke des Entweichens etc. Sein gesammtes Verhalten gab dem Gericht wieder Veranlassung ihn auf seinen Geisteszustand beobachten zu lassen. Dem ärztlichen Gutachten, erstattet am 8. Mai 1903, entnehme ich Folgendes:

„ . . . Auch nach meinen Beobachtungen muss ich sagen, das W. nicht normal veranlagt ist. Intellectuell ist er entschieden gut beanlagt; er kann lesen und schreiben, weiss sich auch mündlich und schriftlich correct auszudrücken. Seine Bewegungen sind zweckentsprechend, seine Handlungen werden folgerichtig vorgenommen; überhaupt deutet nichts in seinem ganzen Verhalten auf eine geistige Störung hin. Aber sofort fällt bei der Unterhaltung mit ihm auf, dass er von der vollkommensten Gleichgültigkeit durchdrungen ist für alles, was er je gethan und was mit ihm geschehen ist oder noch geschehen kann. Mit der heitersten Mine, lachend und beinahe scherzend erzählt er von seinen Thaten, rühmt sich ihrer sogar; er meint, wenn er wieder aus dem Gefängniss komme, werde er sofort wieder anfangen zu stehlen; es sei ihm aber ganz gleichgültig, wenn man ihn um einen Kopf kürzer mache . . . Bei seiner Einlieferung in das hiesige Gefängniss wurde W. in Gemeinschaftshaft verbracht. Er beschäftigte sich auch einige Wochen lang mit Erbsenauslesen, musste aber dann isolirt werden, weil er Nachts mit seinen Mitgefangenen Streit anfing, ihnen fortwährend von seinen Erlebnissen erzählte, sie gegen das Aufsichtspersonal aufhetzte und sich auf alle Weise in den Besitz eines Messers zu setzen suchte, sodass man Gewalttätigkeiten von

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihm befürchten musste. Seitdem lebt er vergnügt und froh in seiner Zelle, verbringt seine Zeit theils mit Lesen, theils mit Auf- und Abgehen oder Schlafen und verweigert jede Arbeit: Dass Essen schmeckt ihm gut. Nachts schläft er ruhig. Von Reue oder Ungeduld keine Spur — ein Bild äusserster Gleichgültigkeit. Mein Gutachten geht demnach dahin, dass W. nach Allem, was über seinen bisherigen Lebensgang bekannt geworden ist, im Zusammenhalt mit seinem Benehmen in der Untersuchungshaft als geistig nicht vollkommen normal veranlagt zu erachten ist, dass er aber vollständig frei seiner Handlungen ist, ihre Tragweite und Bedeutung zu beurtheilen vermag und für sie verantwortlich gemacht werden kann. Geisteskrank ist W. nicht, aber gemeingefährlich!"

Zunächst wurde am 23. Juni 1903 gegen die 2 Verbrecher vor der Kgl. Strafkammer zu M. wegen der Diebstähle verhandelt. W. wurde hier zu 12 Jahren Zuchthaus verurtheilt. Die Verhandlung, die eigentlich das Vorspiel zur eigentlichen Sühne der Blutthat bildete, machte allgemeines Aufsehen, nicht wegen der Strafthaten selbst, sondern durch die Persönlichkeit und das Auftreten des W. während der Verhandlung. In den Tagesblättern wurde über den Lebensgang und das höchst auffallende Verhalten des W. berichtet, „der in seinem frechen Cynismus geradezu ein psychologisches Interesse beanspruchen darf . . . Die dramatische Gerichtsscene erreichte aber ihren Höhepunkt in einer sehr gewandten und flüssig gesprochenen Verteidigungsrede, in welcher W. sich gewissermassen als den „Verbrecher aus verlorener Ehre", darstellte, da er durch eine unverdiente Verurtheilung auf seine Laufbahn getrieben worden sei. „Jetzt bin ich ein Verbrecher und will es sein", so schloss W. „ich bedaure nur, nicht noch mehr gethan zu haben"". (Kölnische Zeitung).

Vor dem Schwurgericht, wo sein Auftreten dem entsprach, wurde W. am 29. Juni 1903 wegen schweren Diebstahls und qualificirten Todschlags (§ 214 Reichs-Straf-Ges.-Buches) zu lebenslänglichem Zuchthaus verurtheilt. In dem Urtheil wird ausgeführt: „Das Gericht hat sich für die Verhängung der lebenslänglichen Zuchthausstrafe entschieden, da im Hinblick auf die vielen Vorstrafen des Angeklagten W. und dessen ausserordentliche Gefährlichkeit für die Menschheit es angezeigt erschien, ihn dauernd unschädlich zu machen. W. wurde Mitte August in die Strafanstalt E. zum Strafvollzug überführt.

Der Gefängnissarzt schreibt in seinen Aufnahmebefund: „W. macht einen läppischen Eindruck." Wie die Gefängnissacten ergeben, ist sein Verhalten im Strafvollzug nicht besser, wie in früheren Zeiten. Wie dort angegeben, sucht er es auf alle mögliche Weise zu erreichen, zur Vernehmung zwecks Wiederaufnahmeverfahrens nach S. transportirt zu werden, offenbar — so wird vermuthet — um bei dieser Gelegenheit zu entfliehen.

Er sucht Genossen zur Ermordung von Beamten. Er arbeitet nur sehr ungenügend, lacht den Werkmeister aus, wenn dieser ihn belehrt; er ist frech gegen die Beamten, droht, singt zeitweise laut und stört die Ruhe der Anstalt. Wird er mit Arrest bestraft, so singt, schreit, tobt und klopft er oft Tag und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nacht. Oefters demolirt er Gegenstände, zertrümmert das Zelleninventar, verfertigt sich Mordwerkzeuge, macht Ausbruchversuche. Er ist weder in Gutem, noch in Bösem zu beeinflussen. Die Gefängnissdirection wird in Hinblick auf das Verhalten des W. hin von der Staatsanwaltschaft belehrt, dass sie es, wie ärztlich constatirt sei, mit einem raffinirten Simulanten zu thun habe. Irgend eine Aenderung in seinem Verhalten ist offenbar in der Zeit nicht eingetreten.



R. L. ist geboren am 18. April 1880 zu B. Der Vater des R. war starker Säufer. Die Mutter verlor er früh. Ein Bruder ist epileptisch. Die häuslichen Verhältnisse waren ungeordnete. Schon als Kind trieb sich R. sehr viel umher und stahl. Er wurde wegen seiner Eigenart, weil man ihn nicht meistern konnte, bei Pflegeeltern untergebracht. Doch zeigte er auch hier grossen Hang zur Vagabondage, zur Bettelei und zum Diebstahl und er wurde deshalb im 10. Lebensjahr auswärts bei einem Bauern untergebracht, wo es ihm nach seiner Angabe offenbar wegen seines verbrecherischen Wesens schlecht erging. Wie er selbst erzählt, lief er von diesem Unterkunftsort weg, um nicht wiederzukehren; er wanderte und fuhr nach Köln; dort trieb er sich umher und stellte sich schliesslich der Polizei und wurde in ein ganz vortreffliches, gut geleitetes Knabenasyl untergebracht. Doch nach einigen Tagen brach er Nachts aus dem Asyle aus, nachdem er den Opferstock beraubt hatte. Er fand einen Genossen, den er beredete, mit ihm nach Holland zu wandern und bettelnd zogen die Zwei den Rhein hinunter, nächtigten im Freien. In Neuss stahlen sie einen Nachen und fuhren den Rhein hinunter. Erwischt, wurde er schliesslich auf Umwegen in die Erziehungsanstalt Steinfeld übergeführt, in welcher er vom Jahre 1892—1896 verblieb. Sein Verhalten war dort ein sehr schlechtes. Er erwies sich als völlig unerziehlich.

Der Anstaltsgeistliche berichtet am 20. Juni 1899 auf Anfrage, dass „R. sich fast immer äusserst roh, raffinirt, boshaft, gefühllos gegen jede Strafe, meistens unempfindlich für gute sowohl als ernste Ermahnungen zeigte“.

Nach seiner Entlassung begann er alsbald wieder sein Verbrecherleben, trieb sich vagabondirend umher; er wurde 5mal wegen Landstreicherei, Obdachlosigkeit mit Haft bestraft. Am 1. Juni 1896 wurde er wegen Sachbeschädigung zu sechs Wochen Gefängniss verurtheilt, am 13. August 1896 wegen Bettelei, schweren Diebstahls und vorsätzlicher Brandstiftung zu 16 Monaten Gefängniss; u. A. hatte er Heustadel auf der Mühlheimer Haide in Brand ge-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

steckt. Während des Strafvollzugs war er faul, arbeitete auch qualitativ sehr mangelhaft, zeigte sich wenig anstellig bei der Arbeit; er war widerspenstig und frech, Ermahnungen nicht zugänglich. Indess beging er gröbere Ausschreitungen während dieser Zeit nicht.

Am 2. April 1898 steckte er Nachts gemeinschaftlich mit einem Anderen die Stallungen des Gutsbesitzers H. Z. L. in O. in Brand. Der Polizei fiel er sofort bei seiner Verhaftung — er hatte sich selbst gestellt — auf durch sein absonderliches Verhalten und seine irren Reden und er wurde deshalb der Irrenanstalt L. und von hier aus am 29. April 1898 der Provinzialirrenanstalt Z. zugeführt. Hier schien er von Anfang an sehr heiter, lachte ohne Grund los. Bei der Prüfung der Intelligenz erschien er äusserst schwachsinnig. Die einfachsten Dinge, Namen des Kaisers, des Papstes kannte er nicht; er wusste von Preussen nichts. An welchem Fluss Bonn liegt, wusste er nicht; auch hatte er von grossen rheinischen Städten wie Elberfeld, Krefeld noch nie etwas gehört. Geld, die Uhr, die zehn Gebote, die einzelnen Monate kannte er nicht. Einfache Rechenaufgaben löste er falsch. Er meinte, er hätte das Gehöft angesteckt, um ein Feuerchen zu sehen; wenn auch einer umgekommen wäre, das wäre nicht schlimm. Tödten dürfe man, aber einem den Hals abschneiden, das dürfe man nicht, weil das zu wehe thäte.

Damit stimmte sein übriges Gebahren überein. R. wurde hiernach wegen Geisteskrankheit entmündigt am 5. September 1898 und in der Brandstiftungsaffäre ausser Verfolgung gesetzt.

Ganz plötzlich änderte er gelegentlich einer Vorstellung im klinischen Hörsaal sein Verhalten vollkommen. Er zeigte sogar recht gute Kenntnisse und eine normale Intelligenz. Er sagt die Monatsnamen rückwärts und vorwärt ganz flott her. Er kannte die Uhr, rechnete ganz fix, löste sogar einzelne complicirtere Rechenaufgaben im Kopf rasch und richtig. Er kannte die Hauptstädte von Preussen, Sachsen, Württemberg, Bayern etc. Er kannte den Ursprung des Rheins, die Städte am Rhein etc. In der Geschichte wusste er besser Bescheid, als sonst Leute seines Bildungsgangs. So wusste er Bescheid über den Krieg 1870/71 und das Resultat. „Den siebenjährigen Krieg hat Friedrich der Grosse vom Jahre 1756—1763 geführt.“ Er kannte die Schlacht von Hohenfriedberg, Collin, Hochkirch. „In der Schlacht von Kunersdorf kämpften die Russen und Oesterreicher gegen Preussen etc.“ — Auch sonst änderte er sein Verhalten vollständig; er schien ganz normal, Zeichen des Schwachsinns bot er absolut nicht mehr, er erzählte aus freien Stücken, dass er Geisteskrankheit nur simulirt habe; es sei ihm dies jetzt zu langweilig geworden; er wolle entlassen werden. Einige Zeit vor dieser Aenderung in der Nacht vom 13/14. Januar 1899 hatte er Nachts noch zwei Pfleger bei einem Ausbruchsversuch mit einem Krüppel schwer misshandelt und verletzt. R. wurde dann am 15. Februar 1899 als „Simulant“ und „nicht geisteskrank“ aus der Irrenanstalt entlassen. Vor allen Dingen wird in einem späteren Gutachten hervorgehoben, dass R. „nichts weniger als schwachsinnig“ sei. — Am 7. März 1899 wurde er als Untersuchungsgefangener in das Kölner Gefängnis eingeliefert. Er stand unter einer sehr eigentümlichen Anklage. Er

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hatte sich der Polizei selbst gestellt, behauptete, er hätte eines Abends einen Mann kennen gelernt, mit dem er herumgesoffen habe. Dieser Mann habe ihn dann veranlasst, mit ihm vor die Stadt an den Rhein zu gehen und habe mit ihm dort per anum päderastische Handlungen vorgenommen; es hätten sich dann wegen der Bezahlung Streitigkeiten entwickelt, in deren Verlauf jener Mann ihn gepackt habe; er habe sich jedoch von ihm losgerissen, habe ein Holzscheit ergriffen und den Mann derart damit auf den Kopf geschlagen, dass er todt zusammengebrochen sei; den Leichnam habe er dann in den Rhein geworfen. Er behauptet, sich selbst gestellt zu haben, weil er einem Kameraden die That erzählt habe und dieser die Sache anzeigen wolle. Dieser Anzeige wolle er zuvorkommen, um bei einem offenen, reumüthigen Geständniss eine mildere Strafe zu erlangen.

Die polizeilichen Ermittelungen waren ergebnislos und die Erzählung kam der Polizei unwahrscheinlich vor. R. war ausserdem des Diebstahls beschuldigt. Er benahm sich nun sofort nach seiner Einlieferung höchst auffallend und absonderlich im Gefängnis. Bei meinem Besuch am 8. März morgends fand ich ihn auf dem Boden seiner Zelle sitzend. Er hatte seine Kleider aufgetrennt, hatte sich phantastisch costümirt, die Hosen unten hoch umgeschlagen, sich Gamaschen gemacht; er behauptete, solche Gamaschen trüge der Kaiser. Er verlangte energisch nach seiner Uniform, nach Helm und Säbel. Das Volk warte auf ihn und werde ihm folgen, da es ihn als den Kaiser anerkenne. Er hatte einen eigenthümlichen lauernden Blick, hielt im Reden manchmal inne, lauschte, den Blick spähend in eine Ecke gerichtet. Er sprach dann, Alles in sehr ursprünglicher Weise im Kölner Dialect vorbringend, mit einer ganz blöden Offenheit über sein bisheriges Räuber- und Diebesleben, erzählte mir sofort, er habe auch einem Bauer das Haus angezündet, wobei er bemerkte, „dat mot ich," wenn der Bauer nicht bezahlen will, so müsse man ihm einfach das Haus anstecken; das gehöre sich so, das müsse und dürfe er und thue es einfach. — — Wenn mir auch manches in seinem Verhalten verdächtig vorkam, so musste ich doch Anfangs die Ueberzeugung gewinnen, dass er hallucinirte. Allerdings erzählte mir sein Complice, ein gutmütiger, verlotterter, haltloser Bursche, der sich, nach seiner Art zu urtheilen, offenbar hauptsächlich auch auf der Landstrasse bewegte, dass er seit einiger Zeit Tag und Nacht mit R. zusammengehaust hätte, dass ihm aber nichts an ihm aufgefallen sei. —

Damit R. kein weiteres Unheil anrichtete, liess ich ihn nun in eine Zelle mit glatten Wänden legen. Hier benahm er sich bald den Aufsehern gegenüber sehr ordentlich, ruhig und unauffällig. Er spielte jedoch mir gegenüber seine Kaiserrolle weiter. Des Oefteren erzählte er mir, dasselbe Gebahren wie zu Anfang innehaltend, ängstlich lausohend und horchend, in der Nacht seien eine Menge Kerls, scheinbar Polizisten vor seinem Zellenfenster gewesen; sie hätten ihm alle möglichen Dinge zugerufen z. B. er sei nicht der Kaiser, er würde ermordet. — R. meint, er glaube, dass dies alles gedungene Leute seien, die ihm nach dem Leben strebten. Mehrmals beobachtete ich ihn durch das Sehloch. Leicht gesticulirend und leise vor sich hin sprechend ging er

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf und ab; von Zeit zu Zeit stand er stille, den Kopf lauschend nach der Ecke oder dem Fenster zugewandt. Auch sein sonstiges Reden hielt er mir gegenüber bei: „Der Bauer soll bezahlen; wenn er das nicht will, steckt man ihm einfach das Haus an“ oder „ich ging mit dem Sch. zu Fuss nach O. Ich werde doch nicht umsonst nach O. gehen, das thut man doch nicht; etwas musste ich doch vom Marsche haben; da habe ich ihm das Haus angesteckt.“ Nach wenigen Tagen stellte er sein auffallendes Benehmen fast ganz ein, kam mir gegenüber nur noch zögernd mit seinen Ideen heraus. Der Aufenthalt in der sehr ungemüthlichen Zelle war ihm sehr unbehaglich. Er brachte zuerst durch Vermittlung des Aufsehers, dann auch mir gegenüber die Bitte vor, aus der Zelle wieder herausgenommen zu werden. Seine Zelle hielt er so sauber in Ordnung, wie man dies nur selten findet. Nach seinem schelmischen Gesicht und seinem verstohlenen Lächeln und auch nach seinem ganzen Gebahren war es mir garnicht zweifelhaft, dass er Geistesstörung simulirte. Als er nun eines Tages von seinen Erlebnissen bei seiner Landstreicherei erzählte und mir unter Anderem in recht komischer Weise erzählte, wie er einmal hungrig vor einem Bäckerladen gestanden hatte und ein am Fenster liegender Kuchen eine Anziehungskraft auf ihn ausgeübt habe, er schliesslich ein Fenster entzwei geschlagen und den Kuchen rasch herausgenommen habe, den er sich habe gut schmecken lassen, und als ich über seine recht ursprüngliche Erzählung lachen musste, brach auch er in ganz gesundes Lachen aus. Ich ergriff diesen Moment und redete ihm zu, doch seine Simulation aufzugeben, da er sich ja nur schade. Nach einigem Zögern kam er jedoch wieder, wenn auch recht unsicher und lachend mit der Behauptung heraus, er sei doch der Kaiser. Auf weiteren Vorhalt warf er aber die Maske ab, änderte Miene und Sprechweise vollständig und meinte, er wolle jetzt offen sein und gestehen, dass er allerdings den Geisteskranken markirt habe hauptsächlich aus dem Grund, um zur Beobachtung in das Lazareth aufgenommen zu werden und so in gemeinsame Haft zu kommen. Die Einzelhaft sei ihm scheusslich. Bald wurde er auch ganz gesprächig und zuthunlich. Unter Anderem frug ich ihn, weshalb er denn 9 Monate in der Irrenanstalt gewesen sei. Schlau lachend erzählte er mir in ganz unauffälliger Art folgende Begebenheit, die nach meiner Erinnerung, wie ich später bei Gericht erfuhr, den Thatsachen entsprach. Ein junger Mensch, den er aus Steinfeld her kennt, sei einige Zeit bei dem Gutsbesitzer z. L. in O. in Dienst gewesen; da Sch. die Arbeit ohne Kündigung aufgab, verweigerte der Gutsbesitzer die Herausgabe der Kleider und des Lohnes. Sch. sei nun zu ihm nach Cöln gekommen, habe ihm seinen Fall vorgetragen und sie seien einig geworden, abends zusammen nach O. zu gehen. Sch. habe die Räumlichkeiten des Hauses genau gekannt und sie hofften, an die Kasse des Gutsbesitzers zu kommen. In Verfolg dieses Planes sei Sch. nun Abends gegen $10^1/_2$ Uhr in das Haus eingedrungen, habe aber Geräusch gehört, sei wieder zurückgekommen und habe ihm erklärt, der Plan sei nicht ausführbar, was ihn sehr geärgert habe; sie hätten sich nun einige Stunden auf die Lauer gelegt. Bei Besichtigung des Terrains sei er auf den Gedanken gekommen, nach Mitternacht die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hinter dem Hause liegende Scheune anzuzünden in der Hoffnung, dass die Bewohner alle dann sofort nach hinten zur brennenden Scheune eilten, und sie im Wohngebäude nun freie Hand hätten. Es sei aber anders gekommen. Die Feuerspritze sei vor dem Wohnhaus aufgestellt worden, das Wasser sei durch Schläuche durch das Wohnhaus nach hinten geleitet worden. Nach einigen Tagen unter Berücksichtigung der ganzen Situation habe er die Ueberzeugung gewonnen, dass er doch gefasst würde, er habe sich nun selbst der Polizei in Cöln gestellt, habe aber sofort schon bei seiner Meldung den Verrückten gespielt in der Ueberlegung, dass er dann nicht bestraft würde. Thatsächlich sei ihm die Polizei sofort auf den Leim gegangen, habe ihn nach dem Bürgerhospital, von dort nach der Irrenanstalt L. gebracht, von wo er nach kurzer Zeit nach Z. überführt worden sei. Mit sehr grossem Behagen erzählt er mir nun sehr ausführlich, wie er die Aerzte in Z. an der Nase herumgeführt habe. Bezüglich seiner strafbaren Handlungen habe er sich dort, ebenso wie neulich bei mir, immer so gestellt, als ob er dazu berechtigt sei, er dürfe einem Anderen das Haus anzünden; wenn er nichts habe, dürfe er von Denen, die Etwas hätten, was ihm nöthig und erwünscht sei, nehmen; dazu sei Jeder berechtigt, dabei habe er sich auch in anderen Dingen sehr dumm gestellt; auf ganz einfache Fragen, z. B. nach seinem Namen, habe er immer richtige Antwort gegeben. Auf Fragen, die etwas entfernter liegen, habe er ganz thörichte Antworten gegeben. Wenn Dr. X. z. Z. nach den deutschen Flüssen ihn frug, habe er einige richtig genannt, habe dabei aber auch unter Anderem die Nordsee und Ostsee genannt, oder auf die Fragen nach den Städten, die am Rhein liegen, habe er nur Cöln und Deutz angegeben, andere wüsste er nicht. Auch Fragen über Religion, Rechenaufgaben etc. habe er meist falsch beantwortet, nur ganz einfache richtig; herzhaft lachend erzählt er mir dann, wie er im Colleg vorgestellt worden sei als klassisches Beispiel eines Menschen, der kein Unterscheidungsvermögen zwischen gut und böse, strafbar und erlaubt habe, was ihm viel Spass gemacht habe. Bezüglich seiner früheren Strafsache erzählte er mir, dass er vom Gericht in D. 2 Schreiben bekommen habe, in einem sei gestanden, dass er ausser Verfolgung gesetzt sei, weil er die That nach dem Gutachten des Dr. X. nicht im Zustand der Willensfreiheit begangen habe; in dem zweiten Schreiben sei er als Zeuge geladen worden. Beim Schwurgericht habe er dann sich sehr dumm stellend ausgesagt, dass er die That allein ausgeführt habe und sein Freund Sch. sei darauf freigesprochen worden. Er sei dann wieder nach Z. zurückgekommen, wo es ihm doch bald zu langweilig geworden sei, den Gecken zu spielen. Er habe die Maske abgelegt und sei dann auch bald entlassen worden.

Aus seinen Erzählungen geht hervor, dass er, so lange er in Freiheit war, immer ein sehr unruhiges Landstreicher- und Strolchenleben geführt, im Sommer meist im Freien in Strohhaufen genächtigt und in sehr primitiver anspruchsloser Weise von gewöhnlicher Strölpperei seinen Lebensunterhalt befriedigt hat. Gegen Angriffe, sagt er, sei er immer mit einem Messer, zeitweise auch mit einem Revolver bewaffnet gewesen. Ganz offen erklärt er, dass er ein solides, stetes Leben auch in Zukunft nicht führen wolle, da er sich bei seinem

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vagabundenleben ganz wohl befunden habe. Er könne auch nicht längere Zeit an einem Orte bleiben, da es ihm immer bald zu langweilig werde und es ihn weiter dränge.

Bezüglich der Brandstiftung meint er indess, dass er bei der That doch nicht klar im Kopf gewesen sein müsse, er sei der Meinung, dass er im Kopfe nicht richtig sei; seine Mitgefangenen in S. hätten ihm auch öfters gesagt, er habe einen Vogel. Die Einzelhaft habe auch sehr ungünstig auf ihn gewirkt und habe ihn oft ganz toll im Kopf gemacht. Bezüglich der falschen Selbstanklage wegen des Mordes erklärt er des Oefteren, er habe dabei die Absicht gehabt, die Polizei in Thätigkeit zu setzen und an der Nase herumzuführen, besonders weil er sich dafür habe rächen wollen, dass er neulich einige Wochen habe schuldlos in Untersuchungshaft sitzen müssen. Dabei habe er auch gerade keine Unterkunft gehabt in der damals sehr unangenehmen nasskalten Witterung. Er habe sich dabei gesagt, dass er hierfür nicht bestraft werden könne, und dass man ihn sofort wieder laufen lassen müsse, sobald er seine Schwindelei eingestehe.

In der Folge verhielt sich R. ziemlich unauffällig, wenn mir auch die Art und Weise, wie er täglich und beständig bei jeder Unterredung in ganz merkwürdig ursprünglicher und offener Weise von seinen vielen Schandthaten und Diebereien und Fahrten erzählte, als etwas ganz Ungewöhnliches auffiel. Einen schwachsinnigen Eindruck machte er jedoch durchaus nicht

Sein Auffassungsvermögen, sein Gedächtniss, seine Kenntnisse, seine Fähigkeit zu rechnen, zu lesen, zu schreiben etc. erwiesen sich für einen Menschen seiner Bildung als ganz ordentlich. Auch Wahnvorstellungen, Zeichen von Sinnestäuschungen etc. bot er in keiner Weise mehr. War ich mir in völliger Uebereinstimmung mit den Aerzten in Z. auch darüber klar, dass ich es nicht mit einem normalen, sondern mit einem in moralischer Beziehung absolut unempfindlichen, ungeheuerlichen Menschen zu thun hatte, so hielt ich ihn doch weder für geisteskrank, noch für so abnormal, dass ich an seiner strafrechtlichen Verantwortung zweifeln konnte.

Dementsprechend wurde er wegen des Diebstahls, wegen dessen er in Cöln in Untersuchungshaft war, vom Landgericht Cöln zu einer Gefängnissstrafe von 4 Monaten verurtheilt und im Anschluss daran wurden seine früher anhängigen Strafsachen wieder aufgenommen; zunächst die Strafsache wegen gefährlicher Körperverletzung, begangen an den Pflegern der Irrenanstalt Z. Bei seiner richterlichen Vernehmung am 27. Juli 1899 gab er u. A. zu Protokoll: „. . . Ich fasste an jenem Tage den Vorsatz, die beiden Pfleger (welchen er schon lange Rache geschworen hatte) des Nachts zu ermorden, mich ihrer Schlüssel zu bemächtigen, ihre Kleidung anzuziehen und dann aus der Anstalt zu entweichen. Ich wartete, bis beide schliefen, ging zunächst zu H. und wollte ihn mit einem Schlage auf die Stirn tödten, traf ihn aber, glaube ich, nur auf die Nase. Er rief um Hülfe; ich schlug ihn zum zweiten Mal auf den Kopf. Er richtete sich auf und da inzwischen S. auch sich im Bette aufzurichten begann, schlug ich auf diesen und dann wieder auf H. Dabei zersprang der Knüppel. Ich sah, dass ich meinen Plan nicht mehr verwirklichen könne

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und legte mich wieder zu Bett. Ich bereue meine That keineswegs; im Gegentheil freue ich mich, dass sie mir wenigstens insofern (Verletzung!) gelungen ist.“ Er wurde wegen dieser Handlungen zu einer Gefängnissstrafe von $3^1/_2$ Jahren verurtheilt. Wegen der Brandstiftung in O. erhielt er vom Landgericht D. eine Gefängnissstrafe von 1 Jahr.

Während des Strafvollzugs zuerst in S. führte er sich zeitweise sehr schlecht. Er war frech gegen das Aufsichtspersonal. Im Arrest tobte, pfiff und sang er eines Tages, zerriss die Kleidungsstücke in unzählige Fetzen und gab als Grund seines Benehmens an, er wolle mehr zu fressen haben. Dem Lazarethaufseher erklärte er im Vertrauen, er habe durch sein Verhalten sich nur den Anschein eines Irrsinnigen geben wollen, um draussen wieder ungestraft stehlen zu können; er könne diesem Trieb zum Stehlen einen Widerstand nicht entgegensetzen. Zeitweise betrug er sich leidlich gut. In die Strafanstalt nach Z. versetzt, um in Gemeinschaftshaft zu kommen, fügte er sich Anfangs gut. Doch nach nicht langer Zeit wurde er frech gegen die Beamten. Bei der Abführung in Arrest widersetzte er sich in äusserst erregter Weise, wurde thätlich und musste überwältigt werden. Er demolirte dann sein eigenes Zelleninventar, drohte gefährlich und machte störenden Spektakel und musste schliesslich unter Anwendung von Wasserbegiessung mittelst des Feuerschlauchs überwältigt werden. Er wurde kurze Zeit in Fesseln gelegt, hielt sich dann jedoch leidlich bis zum 17. Februar 1900. An diesem Tage sprang er Morgens beim Aufschluss plötzlich und unvermuthet aus seiner Zelle, stürzte sich mit einem Eimer bewaffnet auf den Aufseher, wurde aber nach heftiger Gegenwehr überwältigt. Seine Zelle resp. sein Bett standen in Flammen. Er hatte Kleider und Arbeitsmaterial, Bretter etc. unter das Bett gesteckt, mit Petroleum begossen und direct vor Zellenaufschluss angezündet, ebenso vorsichtig, damit er selbst keinen Schaden erleiden konnte. Er schrie und tobte bis spät in die Nacht. Bei seiner Vernehmung legte er ein „cynisches Wesen“ an den Tag. Scherzhaft meinte er: „Ich darf mir doch auch einmal ein Feuerchen stechen“, und: „er habe das ganze Gefängniss in Brand stecken wollen, um herauszukommen. Ob Menschen dabei umgekommen wären, sei ihm ganz gleichgültig. Er schlüge noch ein Paar todt, ehe er herauskäme. Dies alles sagte er ohne ein Spur von Reue dem Vorsteher direct ins Gesicht.“ Wie direct nach der That, so gab er auch später bei seiner richterlichen Vernehmung am 8. März 1900 mit ganz verblüffender Offenheit vollkommen den thatsächlichen Verhältnissen entsprechend an, in welcher Absicht er die That begangen und berichtete aufs genaueste über alle Einzelheiten vor, bei und nach der That, besonders auch eingehend, wie er zu Werke ging, um selbst nicht Schaden zu leiden. Er hoffte bei dem allgemeinen Tumult, welcher vermuthlich bei dem Brande entstehen würde, Gelegenheit zur Flucht zu finden. In der Verhandlung vom 23. Mai 1900 wurde er zu einer weiteren Gefängnissstrafe von $2^1/_2$ Jahren wegen dieses Vergehens bestraft.

Nach diesem Vorkommniss — er wurde disciplinarisch nicht bestraft und mit der grössten Schonung behandelt — hielt er sich einige Zeit ohne gröbere Ausschreitungen. Er arbeitete aber nur zeitweise, war äusserst leicht erregbar;

Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

dabei concentrirte sich sein Hauptinteresse in ganz thierischer Weise auf das Essen. Schliesslich stellte er jedoch die Arbeit gänzlich ein, erschien bedrohlich und widerspenstig und war mit keinem Mittel, weder durch Strenge noch durch Güte mehr zu beeinflussen. An einen Strafvollzug war nicht mehr zu denken. Sein Geisteszustand erschien den Beamten zweifelhaft und eine erneute Beobachtung erschien geboten, bevor man ihn, wie der Anstaltsvorstand schreibt, noch weiter in die Hausordnung und Disciplin der Anstalt auch hinsichtlich der Arbeit einzwängte, wofür er nicht geeignet schien.

Der Anstaltsarzt schreibt unter Anderem in seinem Aufnahmeantrag: Die Stimmung wechselt sehr. Meist stumpf und ruhig, zeitweise sehr aggressiv und erregt. Meist gleichgültig, wenn er auch lebenslang dableiben müsse, und zufrieden, wenn man ihm nur mehr zu essen gäbe, droht er ein ander Mal alles niederzuschlagen. Er verlangt denn auch auf den gemeinschaftlichen Arbeitssaal zu kommen; in der Zelle verweigert er jede Arbeit.

R. wurde der Irrenabtheilung in Cöln am 22. Februar 1901 zur Beobachtung zugeführt.

R. ist ein untersetzter junger Mensch mit auffallend roh gebauten Körperformen, sehr kräftigem Knochenbau, kräftig entwickelter Muskulatur. Die oberen Extremitäten sind auffallend lang, die unteren im Gegensatz dazu sehr kurz, ohne rhachitische Zeichen. Der Schädel ist gross, breit, eckig. Umfang $59^1/_2$ cm. Fliehende Stirn. Protuberantia occipitalis externa, ebenso die Stirnhöcker und Jochfortsätze sind stark hervortretend. Breite, rohe Gesichtszüge, breite, etwas stumpfe Nase. Gaumen hoch gewölbt. Zahnreihen wohl gebildet. Ohren abstehend, Läppchen verwachsen, Ohrmuscheln schlecht gebildet. Breiter Mund. Der Unterkiefer ist gross, massig entwickelt. Der ganze Gesichtschädel ist ungewöhnlich stark entwickelt. Augen: geringer Strabismus convergens. Keine Lähmungserscheinungen. Die Zunge wird gerade, nicht zitternd vorgestreckt. Die Gesichtsmuskulatur wird gleichmässig innervirt.

Auffallend ist ein absolutes Fehlen der Bartanlage. Es ist dies auch heute noch der Fall (Dr. G.). Allenthalben ist die Schmerzempfindung gleichmässig herabgesetzt, während sonst die Sensibilität nirgends ein von der Norm abweichendes Verhalten zeigt (Dr. G.) Auch die Cornea und der Gaumen verhalten sich nach dieser Richtung normal.

Die Sehnenreflexe sind mittelstark auszulösen.

Die inneren Organe sind gesund. Geschlechtstheile ohne Auffälligkeit.

Die Brust, der linke Arm und die rechte Hand sind tätowirt mit Figuren (Anker, Athlet, Schwein, Esel, auf welchem ein Clown reitet).

Wie auch früher, so zeigt sich auch jetzt bei der Intelligenzprüfung, dass er über vollkommen normale Kenntnisse und über ein gutes Gedächtniss verfügt. Er ist in jeder Weise orientirt über seine Person, seine Lage und seine Umgebung. An Wahnideen, Sinnestäuschungen etc. leidet er nicht und aus den Vernehmungen ergiebt sich kein Verdachtsmoment dafür, dass er jemals daran gelitten hätte.

Was in ausserordentlich krasser und verblüffender Weise zu Tage tritt, ist, dass er von Anfang an bis zu seiner Entlassung sowohl den Aerzten, Geist-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichen, Beamten als auch den Gefangenen gegenüber mit Vorliebe und mit einer ganz auffallenden Offenheit, ohne eine Spur von Befangenheit, Scham oder Rücksicht von seinem Strolchen- und Verbrecherleben erzählt, welches er seit seiner frühesten Kindheit, so lange nur seine Erinnerung reicht, geführt hat. Es sind oft recht ekelhafte, scheussliche Dinge, welche er dabei vorbringt, die hässlichsten Dinge über sexuelle Verfehlungen, Begebenheiten aus der Zeit seines Zuhälterthums, Scheusslichkeiten im Gefängniss. Auch die ursprüngliche Art und Weise, wie er sie vorbringt, meist im Cölner Dialect, ist eine durchaus ungewöhnliche und auffallende. Wer es zu hören bekommt, ist ihm durchaus gleichgültig und aus allen Umständen geht hervor, dass er nicht die allermindeste Empfindung hat für das Hässliche und Verwerfliche seines Treibens. Er richtete auch verschiedene Schreiben an die Verwaltungs- und Gerichtsbehörden, welche so gespickt sind mit den ekelhaftesten, zotigsten Reden und Beschimpfungen, dass sie unmöglich abgesandt werden konnten. Aus allen seinen Reden und Erzählungen geht hervor, dass er von früh auf ein äusserst unstetes, gänzlich zerrissenes, ziel- und vernunftloses Leben geführt hat; einen Ruhepunkt hat er keinen Augenblick gefunden. So erzählt er mir bei einer Vernehmung z. B. Folgendes: „Nach Entlassung aus der Erziehungsanstalt Steinfeld kam ich zu einem Bauern nach L. Ich lief indess schon nach fünf Tagen weg, es war mir zu langweilig zu arbeiten, ich ging nach Cöln. Dort sah ich eines Tages in einem Schaufenster eine Weinflasche, die wollte ich haben. Ich schlug deshalb das Schaufenster ein; ich meinte immer, wenn ich so etwas machte, wäre ich ein tüchtiger Kerl, ich erhielt sechs Wochen Gefängniss. Nach meiner Entlassung lief ich einige Tage in Cöln herum, arbeitete Nichts, sondern lebte vom Bettel. Auf der Mülheimer Haide steckte ich dann eines Tags einen Heuschober an — aus reinem Vergnügen. Ich erhielt dafür 15 Monate Gefängniss. Im Gefängniss gefiel mir die Schneiderei nicht und ich wurde deshalb wegen Unterpensum bestraft. Nach Entlassung aus dem Gefängniss ging ich nach Hause, wo ich einige Wochen in D. in einer Zuckerfabrik arbeitete. Dann gefiel es mir nicht mehr und ich ging nach Cöln, arbeitete dort kurze Zeit als Erdarbeiter. Ich gerieth dort unter die Huren. Von Steinfeld her hatte ich mehrere Bekannte unter den Stenzen (Zuhältern); ich schloss mich ihnen an, arbeitete nicht mehr, sondern lief mit den Huren, lebte auch davon. Ich war aber dieses Leben auch bald satt und arbeitete dann kurze Zeit bei einem Bauunternehmer. Dann steckte ich das Haus in O. in Brand . . . Im Gefängniss in S. führte ich mich gut. Ich hatte es dort auch gut. Ich bekam immer zugeschöpft und war zufrieden. . . . In Ps. war Alles schlecht. Die Arbeit gefiel mir nicht und ich bekam nicht satt zu essen.

Die Nahrung, oder wie er sich stets ausdrückt, „das Fressen" spielte bei ihm die erste Rolle; dabei kann man ihn geradezu gefrässig nennen.

In sexueller Hinsicht ist nichts Besonderes hervorgetreten; er soll zeitweise stark onaniren.

Was nun sein Verhalten im Allgemeinen anlangt, so ist es ungleichmässig. Dauernd zeigt er eine ganz ausserordentlich grosse Reizbarkeit. Man konnte niemals seiner ganz sicher sein. Wegen ganz nichtiger Vorkommnisse, kleiner

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zwistigkeiten, Zurechtweisungen gerieth er in eine masslose Erregung. Er wird blass, zittert und bebt vor Wut, geht raschen Schrittes auf und ab, bedroht besonders die Pfleger mit Todschlag, da sie Schuld seien an diesen Vorkommnissen; wiederholt äussert er, dass er vor keinem Todschlag zurückschrecke, ob es ihm auch den Kopf koste, sei ihm völlig gleichgültig. Nach geringfügigen Wortwechseln, einmal nach einem harmlosen Scherzwort eines Gefangenen greift er in grösster Erregung auch Mitgefangene an, muss dann überwältigt und isolirt werden. Meist beruhigt er sich indess auf ruhiges Zureden wieder rasch und ist dann auch wieder traitabel. Am 29. März 1902 geräth er z. B. während des Mittagessens in die grösste Erregung. Die Mittagssuppe war thatsächlich sehr dünn ausgefallen, er beschwert sich deshalb und fordert erregt besseres Essen; doch bevor etwas herbeigeholt sein konnte, fängt er plötzlich an zu rasen, demolirt, ungeheure Kraft entwickelnd, Tische, Bänke, Fenster, wobei er noch andere erregbare Kranke mit sich zieht, die ihm bei dem Zerstörungswerke helfen. Etwa in 1 Minute hatten sie fast alle Gegenstände demolirt. Ueberwältigt beruhigt er sich bald wieder und ist dann wieder ganz gefügig und nett.

Dauernd war er ein noli me tangere, immer etwas unheimlich. Ich bemerke, dass diese Explosionen stets irgend eine, wenn auch ganz geringfügige Ursache hatten. Eine Bewusstseinstrübung war niemals vorhanden. Stets hatte er nachher die volle Rückerinnerung an alle Geschehnisse auch während dieser Zeiten grösster Erregung.

An Schwindelzuständen, Bettnässen etc. litt er nicht.

Zu manchen Zeiten war er ganz nett und gefügig, allerdings bei der weitgehendsten Rücksichtnahme. Er arbeitete dann auch ganz ordentlich. Zu anderen Zeiten ist er wieder oft Wochen lang fast anhaltend schwerer zu behandeln, beklagt sich über dieses und jenes, drängt fort, weil es ihm zu langweilig sei, drängt in eine Anstalt, wo man doch in Gemüthsruhe seine Pfeife rauchen könne, legt dem Aufsichtspersonal die allergrössten Schwierigkeiten in den Weg, verleumdet sie, verhetzt die anderen Kranken, droht in gefährlicher Weise, macht manchmal scheusslichen Spektakel, um Unruhe zu stiften und ist ein äusserst lästiger Mensch; er stellte dann zeitweise auch jede Thätigkeit ein. Diese weniger günstigen Zeiten haben jedoch, was die Auftrittsweise und die Gesammtverfassung anlangt, nicht den Charakter von Verstimmungen, wie sie die Epileptiker oft zeigen; es ist auch keine solche Aenderung des Gesammtverhaltens gegenüber der sonstigen Zeit zu constatiren, welche auch dem R. als etwas andersartiges irgendwie zu Bewusstsein käme, wie dies dort der Fall ist, sondern es ist mehr ein Anschwellen eines dauernd in geringem Grade erregten Wesens.

Im Allgemeinen hielt sich R. isolirt. Wohl spielte er stets gerne mit den Mitgefangenen. Irgend ein Interesse, oder ein Mitgefühl hatte er für Keinen.

Ein Grundzug seines Wesens ist eine sehr läppisches, knabenhaftes Verhalten. In seinen Reden, in seinen Scherzen, deren er viele machte, trat dieser Zug stets zu Tage. Er war der Hanswurst der Abtheilung.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dauernd documentirte er eine äusserst lebhafte, wenn auch inhaltlich ärmliche und knabenhafte Phantasiethätigkeit. Beständig ist er am Grübeln und schmiedet allerlei phantastische Pläne für die Zukunft. Er will ins Ausland, auf See, will in Algier in die Fremdenlegion eintreten, will dort Sergeant werden und es zu etwas bringen; er sieht sich in einer gtänzenden Uniform und freut sich. Er will zu den Indianern, zu den Chinesen, den Buren. Er will Handelsmann, Seefahrer werden und stellt diesbezügliche Fragen. Dann will er wieder in Afrika in Goldminen arbeiten. Er macht Berechnungen, wie lange er wohl arbeiten müsse, bis er bequem als Rentner leben kann. Die Pläne wechseln von Zeit zu Zeit. Tage lang lebt er ganz in ihnen, fühlt sich glücklich, erzählt freudestrahlend den Beamten darüber; manchmal füllen sie sein ganzes Denken und Treiben aus.

Dabei kommt er sich sehr gross vor, wie er überhaupt von seinen Fähigkeiten recht überzeugt ist. Er dünkt sich den Pflegern, den Richtern und Aerzten überlegen und er ist stolz, wenn er erzählen kann, wie er letztere an der Nase herum geführt hat. Wenn er von der Polizei spricht, meint er oft: „Der Leonhard ist doch schlauer, wie die“. Auch wenn er von seinen Uebelthaten spricht, glaubt er etwas Grosses geleistet zu haben. Durch das Ganze geht aber ein sehr ärmlicher Zug.

Entsprechend diesen meinen Beobachtungen konnte ich den R. nicht mehr für strafvollzugsfähig halten, zumal er nicht die mindeste Empfindung und kein Verständnis für Strafe und Strafvollzug hatte und sein disciplinwidriges Verhalten zweifellos auf eine krankhafte Verfassung zurückzuführen war und weil nicht zu erwarten war, dass ein Strafvollzug in auch nur einigermassen geordneter Weise an ihm vollstreckt werden konnte. Ich gab deshalb mein Gutachten dahin ab, dass R. an Imbecillität litte und nicht strafvollzugsfähig sei und beantragte, dass er aus der Haft entlassen und in eine öffentliche Irrenanstalt überführt werde. Diesem meinem Antrag wurde stattgegeben und R. wurde am 15. Mai 1902 in das Bewahrungshaus der Provinzialirrenanstalt in D. überführt.

Er führte sich dort in der ersten Zeit schlecht, complottirte, suchte Pfleger zu überfallen, war sehr renitent und bedrohlich. Eines Abends, am 11. Juli 1902 wurde er während des Essens, weil er mit dem „Fressen“ unzufrieden war, sinnlos erregt, demolirte die Fenster, ging auf die Pfleger los und konnte nur mit grosser Mühe überwältigt werden. In der Folge beruhigte er sich indess in der Anstalt, sodass er in die allgemeine Anstalt herübergenommen werden konnte, und schliesslich sogar im Freien beschäftigt werden kann. Seit ca. $3^1/_2$ Jahren führt er sich im Allgemeinen ganz gut, so dass er sogar als „Musterknabe“ bezeichnet wird. Unter der Anstaltsbehandlung ist auch die enorme Reizbarkeit mehr und mehr zurückgetreten. Wenn auch sein Verhalten nach den Akten nicht immer ein ganz gleichmässiges ist, so sind doch auffallende Erscheinungen nicht zu Tage getreten, keine Perioden grösserer Erregung oder Verstimmung; epileptische Symptome fehlen. Die Intelligenz erweist sich auch dort, was Kenntnisse etc. anlangt, als gut; doch fällt auch dort eine absolute Empfindungslosigkeit nach der Gefühlsseite auf;

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

er ist durchaus uneinsichtig bezüglich seines scheusslichen Vorlebens und der Strafbarkeit und Verwerflichkeit seiner Handlungen. Ins Gefängniss will er nicht mehr, sonst giebt es Mord und Todschlag auch in der Anstalt. Er verlangte auch nicht besonders die Freiheit zu erhalten. Bezüglich seiner Empfindungslosigkeit äussert er gelegentlich selbst: „Ich bin nicht wie die Anderen. Ich weiss nicht, wie ich mich ausdrücken soll. Das Gefühl fehlt mir — ich meine nicht, dass ich nicht fühlen könnte — nein das Mitgefühl, oder wie ich das nennen soll. Wenn z. B. auf der Station einer fällt oder sich verletzt und daliegt und die Anderen laufen zusammen und bedauern den und sagen: Der arme Kerl, wie thut der uns leid, dann spüre ich nix . . .".

Dann fällt auf ein grosser läppischer Zug; er macht gern läppische kindliche Scherze; ferner eine grosse Leichtgläubigkeit und eine überlebhafte Phantasiethätigkeit. Wie früher, so trägt er sich auch jetzt noch mit allen möglichen phantastischen Plänen, denen er thatsächlich einmal auch nachging. Im Jahre 1904 kehrte er von einem Ausgang nicht zurück und wurde erst nach einem Monat, nachdem er sich selbst der Polizei gestellt, in stark heruntergekommenem, elendem Zustand wieder eingeliefert. Er war lange Strecken durch Frankreich gewandert, wollte sich in der Fremdenlegion anwerben lassen, wanderte dann, weil er nicht genommen wurde, nach Antwerpen, um dort sein Heil zu versuchen.

R. schrieb auch in der dortigen Anstalt seinen Lebenslauf, welcher höchst charakteristisch ist. Derselbe handelt von Anfang bis zu Ende von einem wüsten Gaunerleben, von welchem er ganz offen berichtet, als ob es sich um etwas ganz selbstverständliches handelte. Unstet, ziel- und zwecklos treibt er sich umher. Beständig ist er auf Wanderschaft, bald hier bald dort; er war Zuhälter, war Arbeiter in Fabriken, in der Landwirthschaft, im Maurerhandwerk, doch überall nur wenige Tage, höchstens ein paar Wochen, dann gefiel es ihm nicht mehr und weiter gings zu etwas Neuem. Wie mit seinem Arbeiten und Wandern, so geht es aber auch mit seinen Diebstählen, Sachbeschädigungen, Brandstiftungen, immer etwas anderes.

So erzählt er z. B., dass er nach seiner Entlassung aus der Zwangserziehungsanstalt zu einem Bauern kam, bei dem er $1^1/_2$ Jahre hätte bleiben sollen. „Nach 5 Tagen lief ich fort, ging nach Cöln. . . . Ich schämte mich zu betteln. In Folge dessen ging ich in die Bäcker- und Fleischerläden und stahl Brod und Fleisch. . . . ."

Was die formale Seite angeht, so sind seine Schreiben gut, ziemlich gewandt geschrieben, besser als man sie gewöhnlich bei Leuten seiner Schulbildung findet.

Die Direction der Anstalt konnte sich unter Berücksichtigung der Gesammtverfassung und Erscheinung selbst, unter Berücksichtigung seiner ganzen bisherigen Lebensführung und aller Vorkommnisse und in der Ueberzeugung, dass eine Strafe in einigermaassen geordneter Weise nicht vollstreckt werden kann, dass es sicher zu den schlimmsten Auftritten im Strafvollzug und vor seiner Ueberführung dorthin kommen würde, nicht entschliessen, den R. wieder zur weiteren Strafverbüssung in das Gefängniss zurückzuschicken, trotzdem

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine wesentliche Besserung insofern entschieden eingetreten ist, als R. sich sehr beruhigt hat und vor allen Dingen die enorme Reizbarkeit nicht mehr in die Erscheinung tritt.

W. L., geboren 1870 zu X. Es wurde uns mitgetheilt, dass sein Grossvater und ein Bruder des Vaters starke Säufer gewesen seien und dass ein Sohn des letzteren geisteskrank in einer Irrenanstalt sich befinde. Sein Vater soll früher ein äusserst jähzorniger Mensch gewesen sein. Er ist jetzt schwer leidend (anscheinend Lebercirrhose). Die Eltern sind gewöhnliche Ackersleute. „Ihr Verhalten soll früher nicht ganz einwandfrei gewesen sein." Erheblichere Verstösse gegen das Gesetz hat sich der Vater jedoch nicht zu Schulden kommen lassen. Gegen die Mutter liegt in dieser Beziehung nichts vor. Zwei Brüder sind wegen Körperverletzung und Sachbeschädigung gering bestraft. Irgend etwas Auffallendes ist in dem geistigen Verhalten der Eltern und Geschwister nach der amtlichen Auskunft nicht hervorgetreten.

Die häusliche Erziehung des L. soll eine mangelhafte gewesen sein. Sein Lehrer, welcher noch lebt, berichtet über ihn folgendes: „Während der Schulzeit war er roh und ausgelassen und nur mit Strenge zu erziehen, jedoch willig. Der Schulbesuch war regelmässig. Der Geistliche sowie der Lehrer waren mit ihm nicht zufrieden. Seine Führung war ungenügend, roh und gefühllos quälte er schon Thiere, z. B. hat er einmal ein Nest mit jungen Drosseln ausgehoben und dieselben im Bach ersäuft; auch war er sehr unruhig und erregt; ferner trieb er sich umher und verübte allerlei tolle Streiche und zeigte schon so verbrecherische Neigungen, dass ich dem L. als Schüler oft gesagt habe: „Er käme ins Zuchthaus." Gestohlen hat er auch schon während der Schulzeit, wozu er aber vielfach soll angeleitet worden sein. Auch war er sehr verlogen." Diesen letzteren Mittheilungen, die uns amtlich zugegangen sind, entspricht vollkommen das, was L. uns häufig in stets gleicher Weise erzählt hat und was er in seinem Lebenslauf, den er schriftlich niederzulegen begonnen hatte, in nicht uninteressanter Weise mittheilt. Er schreibt u. A.: „Die Erinnerung an mein Leben fängt mit dem Tage erst an, als ich zum ersten Male einen neuen Tornister auf dem Rücken in Begleitung eines gewissen W. K., dem ich zur Obhut von Seiten meiner Eltern anvertraut war, den Weg zur Schule einschlug. Sehr deutlich schwebt es meinem Geiste noch vor, dass ich auf diesem ersten Schulgange, einen Fluchtversuch machte. . . . Ich hatte vor der Schule eine instinktive Furcht, welche mich auch in späteren Jahren nie ganz verliess. Gelernt habe ich in der Schule sehr wenig und meine Zeugnisse liessen viel zu wünschen übrig. Schon als Kind hatte ich einen unwiderstehlichen Drang zu allerlei bösen Streichen und die Schläge, die mir dieselben eintrugen, kann ich in Worten gar nicht ausdrücken. . . . . Ich war ein willenloser Sklave einer höheren Gewalt, welche ihre ausführenden Kräfte in die Hände meiner Altersgenossen gelegt hatte. Mir brauchte nur einer meiner Mitschüler etwas anzutragen, wozu Muth und Entschlossenheit gehörte und vorher meine Unerschrockenheit gehörig zu rühmen, so konnte er sicher unter allen, selbst den schwierigsten Umständen darauf zählen, dass ich die Kastanien aus

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Feuer holte. Selbst wenn ich im Voraus gewusst hätte, dass es mich mein Leben gekostet oder ich durch eine That Vater und Mutter an den Bettelstab gebracht hätte, ausgeführt hätte ich sie doch. Ich konnte eben nicht anders; diese Gewalt in mir war so stark, dass ich ihr nie widerstehen konnte. . . Die Stunden, die ich in der Schule still sitzen musste, bereiteten mir wahre Tantalusqualen. Den Vorträgen des Lehrers hörte ich mit Widerwillen zu. Freude machte mir nur die Gesangstunde und das Turnen, sowie Exerciren. Bei allen übrigen Thematen waren meine Gedanken in ganz anderen Regionen. Ein ordentlicher Alb löste sich von meiner Brust, wenn die Stunde schlug, wo ich der freien Natur wiedergegeben wurde; dann hüpfte mein Herz voller Freude und unbändiger Lust. . . . In der freien Zeit, die ausser den Schulstunden lag, wurde ich von meinen Eltern zu leichten Arbeiten verwendet, wie solche der Betrieb der Landwirthschaft immer mit sich bringt; denn Landwirth ist mein Vater. Aber auch zu diesen Arbeiten hatte ich keine Lust. Die Verrichtung derselben bereitete mir oft die grösste Qual. Ich hatte eben keine Ruhe dazu. Eine höhere Gewalt, die in mir herrscht, trieb mich schon als Kind immer von einer Stelle zur anderen und liess Zufriedenheit nie in mir aufkommen. Einigermaassen Ruhe kam über mich, wenn ich im Walde war ganz allein so mit meinen Gedanken beschäftigt. Dort konnte ich mich stunden-, ja tagelang herumtreiben, Essen und Trinken vergessend. . . . Was habe ich dadurch meinen guten braven Eltern schon in meiner frühesten Jugend Kummer und Aerger bereitet. . . . Die Mutter verabreichte stets volles Tractament (Prügel), und wenn sie damit fertig war, fing sie oft selbst an zu weinen oder flehte in heissem Gebete den lieben Gott an, doch mein unbändiges Herz auf andere Bahnen zu lenken. Selten wird es wohl eine Mutter geben, die so darauf bedacht gewesen ist, ihre Kinder brav und christlich zu erziehen, wie meine eigene. Meine übrigen Geschwister leben ja auch, Gott sei Dank, in achtbaren und geordneten Verhältnissen; nur mein Schicksal hat sich über alle Maassen elend und unglücklich gestaltet, obwohl — ich muss dies rühmend anerkennen — auf keinen so viel Mühe und Sorgfalt verwendet wurde, wie auf mich. Ich begreife es oft selbst nicht, wie ich auf solche Wege gekommen bin. Einer unserer berühmtesten Dichter sagte zwar, dass jedem Menschen sein Schicksal vorgezeichnet sei, es zu lenken aber in unserer Gewalt stände. Auf mich trifft seine Aeusserung ganz gewiss nicht zu. Mir ist es unmöglich mein Schicksal zu lenken. Ich bin ihm willenlos preisgegeben. So oft ich versuchte, in dasselbe einzugreifen, habe ich mich nur noch fester in seine Maschen verwickelt. Ja, wäre ich noch einmal jung und hätte meinen heutigen Verstand und Welterfahrung; dann käme es anders. Doch es ist zu spät. Elend und von aller Welt verachtet, die mein gequältes Herz nicht kennt, gehe ich zu Grunde. . .“
(Er schildert dann recht amüsant und mit vielem Humor seine Jugendstreiche, die ihm heute noch das grösste Vergnügen bereiten.)

Ständig kommt in seinen Erzählungen immer wieder zum Ausdruck, wie er von innerer Unruhe bewegt ein tolles Leben von früh auf führte und später ruhelos durch die Lande zog. Auch in verschiedenen seiner Gedichte bringt er dies zum Ausdruck, z. B. Der Fluch:

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

I.

Verflucht sei des Geschickes Macht,
Die mir so feindlich ist.
Sie hat noch niemals mir gelacht,
Trotz aller meiner List.
:,: Verzweifelnd ruf ich diese Stund
Um Hilfe an den Höllenbund. :,:

II.

Ich bin seit Jahren schon verbannt,
Bin ein gefangener Mann.
Ich habe Freude nie gekannt,
Was fang ich endlich an?
:,: Verzweifelnd etc. . . . :,:

III.

Ich habe nirgends Ruh noch Rast,
Bei Tag nicht und bei Nacht.
Von aller Welt bin ich gehasst,
Dem Wahnsinn nah gebracht.
:,: Verzweifelnd etc. . . . :,:

IV.

Ich musste stets durch Sturm und Wind
Als ein Verfluchter ziehn.
Mich quälte man ja schon als Kind,
Wo jedem Rosen blühn.
:,: Verzweifelnd etc. . . . :,:

Zu einem Berufe, in welchem er auch nur einige Zeit thätig gewesen, hat er es nie gebracht. Sehr frühe begab er sich auf die Verbrecherlaufbahn, um allmählich ganz in ihr aufzugehen. Er wechselte oft seinen Aufenthalt, zog bettelnd und stehlend im Lande umher, auch im Ausland, in Belgien und Frankreich. Seine erste Strafe erhielt er im Jahre 1886 wegen Betruges, dann 1887 wegen Jagdvergehens, 1890 wegen Diebstahls; in der Zwischenzeit stand er in dem Verdacht, mehrere Diebstähle und Einbruchsdiebstähle ausgeführt zu haben. Bei seinen Wanderungen war er bewaffnet. Im Jahre 1893 schoss er mit seinem Revolver auf einen Gendarmen, der ihn verhaften wollte und verletzte ihn schwer. Bei dem heftigen Kampf schoss er sich selbst den linken Zeigefinger ab. Es gelang jedoch, ihn festzunehmen; er hatte zahlreiche, schwere Diebstähle ausgeführt. Er trug damals ein sehr freches Wesen zur Schau, erzählte bei seinen Vernehmungen sehr viel von seinen Fahrten im Ausland und in Deutschland. Befragt, warum er den Revolver trage und sich im Schiessen übe, meinte er, er thue dies, um sich damit die bösen Geister vom Leibe zu halten.

Er wurde zu einer Zuchthausstrafe von 8 Jahren 6 Monaten verurtheilt und wurde zur Strafverbüssung nach M. abgeführt. Er benahm sich dort

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

äusserst ungeberdig und ein geordneter Strafvollzug konnte längere Zeit an ihm nicht ausgeführt werden. Mehr und mehr machte er den Eindruck eines Geisteskranken und er wurde aus diesem Grunde am 30. März 1895 zur Beobachtung in die Irrenabtheilung am Gefängnis Moabit überführt, wo er als chronisch verrückter, voraussichtlich unheilbarer Geisteskranker bezeichnet wurde, der nicht strafvollzugsfähig sei. Er wurde dementsprechend am 11. Dezember 1895 in die Irrenpflegeanstalt nach N. überführt. Seit der Zeit wiederholen sich stets dieselben Vorgänge. In keiner Irrenanstalt ist er zu halten: trotz grösster Vorsichtsmassregeln gelingt es ihm überall, nach kurzer Zeit zu entweichen um sofort sein Räuberhandwerk wieder zu betreiben. Ruhelos taucht er bald hier, bald dort auf, überall die ganze Gegend in der er jeweilig haust, in Furcht und Schrecken zu versetzen. Er führt massenhaft kühne Einbruchsdiebstähle aus, verschwindet aber rasch wieder in andere Ortschaften. Specialistisch betreibt er Diebstähle von Pferden und Rindern, die er Nachts aus den Ställen und von der Weide mit grossem Raffinement entführt und oft weit entfernt auf Märkten und bei Bauern verkauft. Es ist auffallend, wie schwer es gelingt, diesen ruhelosen Menschen zu ergreifen und wie viele Unthaten er in den kurzen Zeiten seiner Freiheit immer wieder vollführt. Doch gelingt es immer wieder, ihn nach einiger Zeit zu ergreifen und für kurze Zeit dingfest zu machen und in Irrenanstalten oder als Untersuchungsgefangenen in Gefängnissen unterzubringen. Aus den Akten geht hervor, dass er seit dem Jahre 1896 11 Mal aus verschiedenen Irrenanstalten entwichen ist. Recht interessant ist, wie er von den verschiedenen Irrenärzten beurtheilt wird. Es lagen mir 12 Gutachten vor; die meisten sprechen sich dahin aus, dass er geisteskrank und zwar Paranoiker sei. Einige haben garnichts Abnormes an ihm finden können und halten ihn für nicht geisteskrank, meist für einen „Simulanten“. So konnte Dr. N. in D. auch bei 3monatlicher Beobachtung im Jahre 1897 irgend welche Zeichen von Geistesstörung nicht wahrnehmen; nur fiel ihm die grosse Erregbarkeit auf. Er hielt ihn dementsprechend wieder für strafvollzugsfähig und L. wurde wiederum in die Strafanstalt M. zum Strafvollzug zurückgebracht. Dort machte er jedoch bald wieder den Eindruck eines Geisteskranken und er wurde am 27. Juli 1899 abermals zur Beobachtung der Irrenabtheilung Moabit zugeführt. Es wurde dort wiederum festgestellt, dass er von Wahnvorstellungen beeinflusst wurde und dass er hallucinirte; meist lief er unruhig hin und her, chicanirte seine Mitgefangenen, zeigte sich mürrisch und misstrauisch. Die Beobachtung führte wiederum zu dem Ergebnis, dass L. an chronischer hallucinatorischer Verrücktheit litt, unheilbar geisteskrank und nicht strafvollzugsfähig ist. Dementsprechend wurde er im November 1899 wiederum einer öffentlichen Irrenanstalt zugeführt und dasselbe Schauspiel wiederholte sich alsbald wieder in stets gleicher Weise. Ich selbst lernte ihn im Februar 1900 zuerst kennen; er wurde damals in Cöln als Untersuchungsgefangener eingeliefert. Er hatte sich bei der Aufnahme einen falschen Namen (Müller) beigelegt, was er mir bald eingestand; er sagte mir auch nach längerem Zureden, dass er aus einer Irrenanstalt entwichen sei; er habe ein ruheloses Leben hinter sich; überall

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werde er gehetzt und verfolgt; er nannte sich Burggraf von L., machte alle möglichen geheimnissvollen, ganz phantastischen Angaben über seinen hohen Ursprung. Aus seinen Reden und seinem Gebahren musste ich entnehmen, dass er sehr lebhaft hallucinirte. Auffallend war schon damals sein äusserst unruhiges Wesen. Ich war damals der Ueberzeugung, dass er an hallucinatorischer Verrücktheit leidet. Nach kurzem Aufenthalt in Cöln wurde er nach T. transportirt, in welchem Bezirk er verschiedene Diebstähle begangen hatte; u. A. hatte er 2 Rinder gestohlen, hatte davon eines verkauft, das andere die grosse Strecke bis in die Nähe von Cöln geschleppt, um es hier zu verkaufen. Nachdem er vom Landgericht T. nach der Irrenanstalt M. zur Beobachtung zugeführt und auch hier für geisteskrank erklärt wurde, wurde er ausser Verfolgung gesetzt und wieder einer öffentlichen Irrenanstalt zugeführt, mit demselben Erfolg wie früher. In kurzer Zeit entwich er 3 Mal wieder aus derselben Anstalt, beunruhigte durch sein Räuberhandwerk, bald hier, bald dort auftauchend, die Moselgegend, den Westerwald, um dann wieder in seiner Heimat zu landen und alsbald als „Räuberhauptmann“ in seinem Heimatskreise und in den benachbarten Kreisen in gefährlicher Weise zu hausen. Zahlreiche Einbruchs-, Pferde- und Rinderdiebstähle wurden ihm zur Last gelegt. Im Regierungsbezirk N. stahl er u. A. 2 Pferde. Er wurde gefasst, riss sich aber los, schoss mit dem Revolver, ohne zu treffen und entkam. Er hielt die Einwohner dieser Gegend in Furcht und Schrecken. Er hatte ein Lager im Walde; die Bevölkerung verproviantirte ihn, hielt ihn vor der Polizei verborgen und dies Alles nur aus Furcht, er könne sich an ihnen rächen, die Häuser einäschern. Weithin bildete er das Tagesgespräch und man fürchtete ihn, wie ein unheimliches Gespenst, welches umgeht. „Die Schulkinder — so schreibt der Bürgermeister — fürchten sich zur Schule zu gehen und die Erwachsenen meiden es, allein in den Busch oder auf den Acker zu gehen. Die Leute fürchten seine Rache, sogar sein eigener Vater fürchtet sich vor ihm.“ Manch lustige Geschichte wurde auch von ihm erzählt aus seinem Räuberleben, besonders auch davon, wie er die Polizei an der Nase herumführte. An Geistesstörung glaubte Niemand. Die Leute, welche mit ihm verkehrten, konnten nichts Auffallendes an ihm wahrnehmen. Er selbst machte sich bei seinen Freunden — auch solche besass er nicht wenig — und Helfershelfern lustig über die „gelehrten Herrn“ (Irrenärzte) und versprach bald wieder zu kommen, wenn er wieder ergriffen werde. Einem starken Aufgebot von Gendarmen und Polizei, welche besonders zu dem Zweck in den Kreis beordert war, ihn zu ergreifen, gelang es erst nach Aussetzung einer hohen Belohnung durch Verrath ihn am 17. August 1901 zu fassen, nachdem er sich seit Frühjahr in Freiheit befunden hatte. Am 4. September 1901 wurde er in die Irrenabtheilung in Cöln wieder eingeliefert.

Er schien nicht deprimirt Im Gegentheil konnte er nicht genug davon erzählen, welche Aufmerksamkeit man ihm allerwärts geschenkt habe, dass er es zu einer Berühmtheit gebracht habe, dass das Volk, als er in Ketten durch die Strassen geführt wurde, in Schaaren zusammengeströmt sei, um ihn zu sehen. Ueberall seien Extrablätter über seine Ergreifung angeschlagen gewesen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(richtig); auch in einem Lied, welches er verfasste und öfters sang, verherrlichte er diese Scene; er nimmt in ihm Abschied von seinem Heimathort mit seinen schmucken Mädchen und schwört Rache den Verräthern. — Tag und Nacht befand er sich in äusserst grosser Unruhe. Raubthierähnlich raste er beständig im Krankensaal hin und her und war mit den Gliedmassen beständig in Bewegung. Er klagt auch selbst sehr über diese Unruhe, die ihn beherrscht und nicht zur Ruhe kommen liesse. Er behauptet, er sei besessen und es sei ihm, als ob er zu seinen Verbrechen, die er übrigens ohne Weiteres eingestand, getrieben werde. Er wehrte sich dagegen, geisteskrank zu sein. Er war geistig vollkommen klar und wohl orientirt, doch zeigte er in seinen Reden und seinem Benehmen eine grosse Selbstüberschätzung. Er nannte sich Burggraf von L. und Räuberhauptmann, welchen Ehrentitel er sich sehr gerne zulegte. Er renommirte gerne mit seinem Räuberleben, welches er ebenso wie seine vermuthliche Abstammung in romanhaft phantastischer Weise ausmalte. Für etwas Unerlaubtes hielt er seine Strafthaten nicht. Er war nach dieser Richtung empfindungslos. Tageweise war er besonders unruhig, scandalirte und war bedrohlich. Er beschwerte sich dann sehr oft über die Belästigungen, welche vom Staatsanwalt aus E. ausgehen und zeitweise schien er dann von sehr lebhaften Gehörstäuschungen feindlicher Art beeinflusst zu werden. Allerdings wurde ich von den Aufsehern und Kranken beständig mit grosser Bestimmtheit und in stets gleicher Weise darauf aufmerksam gemacht, dass er letzteres Gebahren nur an den Tag lege beim Erscheinen des Arztes. Ich hatte indess doch den Eindruck, dass er zur Zeit grosser Erregung doch vielleicht hallucinirte. Im Gegensatz zu meiner ersten Begutachtung stellte ich jetzt indess die Diagnose Imbecillität, indem ich besonders und in einem ausführlichen Gutachten auf die Idiotie in moralischer Beziehung hinwies. Ich erklärte ihn für geisteskrank und nicht für strafvollzugsfähig und beantragte seine Ueberführung in eine öffentliche Irrenanstalt. Am 17. Februar 1902 wurde er daraufhin in das Bewahrungshaus für irre Verbrecher nach D. überführt. Er wusste auch von hier aus das Interesse, besonders des weiblichen Theils der Bevölkerung von D. zu erwecken, was aus Liebesbriefen, die ihm zupracticirt wurden, hervorging. Mit Hülfe einer vom Publicum ihm von aussen zugeworfenen Säge gelang es ihm am 23. Juni 1902 ein doppeltes, äusserst starkes eisernes Gitter zu durchsägen und nächtlicher Weile mit Leintüchern nach aussen hinabzuklettern und zu entkommen. Auf dieselbe Weise wie früher, auch wieder nach Aussetzung einer hohen Belohnung, wurde er wieder am 29. Juli 1902 ergriffen und zurückgebracht. Wie aus dem Gutachten des Dr. F. vom 17. September 1902 hervorgeht, entwickelte sich L., während er bei dem ersten Aufenthalt dortselbst lenksam, höflich und anspruchslos war, nunmehr zu einem der unbändigsten und widerspenstigsten Kranken. Besonders scheint ihn die starke Bewachung bei Tag und Nacht sehr erregt und zu Gewaltthätigkeiten geneigt gemacht zu haben. Er war in beständiger grosser Unruhe, rastlos lief er im Schnellschritt hin und her, lehnte jede Beschäftigung ab. Bezüglich seiner Bestrafung erschien er vollkommen uneinsichtlich und kritiklos, erzählte mit Stolz von seinen Thaten, die er als etwas Unerlaubtes absolut nicht einsieht, sondern lediglich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in ihnen berechtigte Mittel zur Selbsthülfe und Selbstvertheidigung erblickt. Im Wesentlichen schloss sich Dr. F. meinem Gutachten an und nahm ebenfalls einen angeborenen degenerativen Zustand, Imbecillität an, auf dessen Boden ein ausgesprochener Verfolgungswahn sich entwickelte. Lange sollte auch diese Internirung nicht dauern. Im November 1902 wusste L. sich wiederum in höchst raffinirter Art der besonders für ihn angeordneten Bewachung zu entziehen und zu entweichen. Wie stets, so war er sofort wieder vollkommen neu equipirt, mit neuen Kleidern versehen, mit Waffen gut versorgt. So erschien er sofort wieder in seiner Heimath. An das Haus, in dem er wohnte, legte er einen grossen Wachthund. Schon vorher ging häufig das Gerücht um, er sei wieder frei, sei da und dort gesehen und gespürt worden. So wird amtlich berichtet: „Es ging gestern das Gerücht, dass er gestern Morgen von einem Fuhrmann in der Nähe von W. gesehen wurde, worüber die ganze Bevölkerung sehr erregt wurde. Die Bevölkerung lebt so in Furcht und Schrecken vor L. und kennt sein raffinirtes Wesen so genau, dass bei ihr die leiseste Andeutung über das Wiedererscheinen desselben zur Gewissheit wird. Es herrscht starke Verstimmung darüber, dass er immer wieder in das Irrenhaus und nicht in das Zuchthaus kommt.“ Hatte er schon früher viele Freunde, welche treu zu ihm hielten, so drehte sich jetzt allmälig mehr und mehr die Volksstimmung zu seinen Gunsten. Er bildete schon längst das Tagesgespräch in seinem Heimathskreise und den benachbarten Kreisen. Man erzählte sich viele, auch recht komische Geschichten von ihm; wie ich persönlich hörte, gab er auch bei Hülfsbedürftigen manche Beweise seines guten Herzens. Er theilte mit ihnen die Beute. Vor Allem scheinen auch seine Erzählungen darüber, wie schlecht es ihm in den Irrenanstalten ergangen, ihm die Sympathie der Bevölkerung zugewandt zu haben. „Es ist — so wird amtlich berichtet — als ob sich die Bewohner von X. und anderen Ortschaften unter einander verschworen hätten, L. zu schützen und nicht zu verrathen; auch diejenigen Wirthe etc., die sich zur heimlichen Unterstützung der Polizei bereit gezeigt, waren in Wirklichkeit unzuverlässig.“ Wiederum war eine starke Polizeimannschaft zu seiner Ergreifung in den Kreis beordert. Doch stiess seine Ergreifung auf sehr grosse Schwierigkeiten. Ruhelos wechselte er stets seinen Aufenthaltsort. Zeitweise campirte er in einem Lager im Wald und wurde dort verproviantirt.

In benachbarten Kreisen nächtigte er angeblich in Schutzhütten von Steinbrüchen. „L. ist in der Gegend mit den örtlichen Verhältnissen bekannt und hat fast überall Verwandte wohnen, wo er Unterschlupf findet. Er wird von allen Seiten rechtzeitig gewarnt, wenn ihm Gefahr droht. Bevor er in ein Haus geht, soll er die ganze Gegend absuchen und wenn er nichts Verdächtiges bemerkt, soll er erst eintreten. In den meisten Fällen soll er dann noch einen Posten vor dem Hause aufstellen, damit er nicht überrascht wird. Zu anderen Zeiten, als wie zum Essen, soll er überhaupt keine Wohnung betreten, nach dem Essen soll er sich sofort wieder auf die Strasse begeben. Er soll sogar während des Essens manchmal Revolver neben sich liegen haben.“ (Polizeibericht.) Er unterhielt Liebschaften mit einigen Mädchen. Auch in dieser Zeit seiner Freiheit führte er nicht unerhebliche Diebstähle aus.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

U. A. stahl er in der Nacht vom 20/21. Januar 1902 ein Kalb aus einem Stalle, schlachtete es auf der Stelle ab und liess die Eingeweide liegen. In der Nacht vom 24/25. Februar führte er in einem weit entfernten Kreise einen seiner gewohnten Pferdediebstähle in äusserst kühner Weise aus. Er führte einem Gastwirt X. 2 sehr gute Pferde aus dem Stalle, nachdem er, um Geräusch zu vermeiden, vor dem Stall auf dem Hof Krummet gestreut hatte. Er führte die Pferde zum Müller des Orts, bespannte einen Leiterwagen und ritt oder fuhr raschen Tempos davon weithin über den Rhein, wo er die Pferde zu verkaufen suchte. Offenbar hatte er Helfershelfer, die er anführte; verschiedentlich wird von den Zeugen bemerkt, dass sie seinem Wunsch aus Furcht entsprachen. Er drohte mit Erschiessen und Anzünden des Hauses. Er sprach auch verschiedentlich davon, dass er den Gendarmen U. erschiessen werde. Wie er selbst sagt, legte er auch einmal im Walde, als dieser in Schussweite war, mit der Flinte auf ihn an, drückte aber „aus Grossmuth" nicht ab.

Endlich wurde er Anfangs März von Polizeibeamten in Civil in einem Wirtshause überrascht und, bevor er von der Waffe Gebrauch machen konnte, ergriffen und in's Gefängnis abgeführt. Zahlreiche Menschen, besonders Damen, drängten sich um das Gefängniss, um ihn zu sehen oder seine Stimme zu vernehmen. Er wollte eine Rede „an sein Volk" halten. Die Leute, welche vernommen wurden, hielten ihn nicht für geisteskrank. Ein Zeuge berichtete, dass er erzählt habe, er habe in der Irrenanstalt gethan, als ob er verrückt sei; indess sei er gescheiter als alle Anderen. „Andererseits erzählte er viele solche Geschichten, dass man doch auf den Gedanken kommen sollte, er wäre nicht recht gescheit." Bei der richterlichen Vernehmung meinte er, es bedürfe keiner weiteren Protokollirung, er verweigere jede weitere Auskunft auf die Anschuldigungen, da er seine eigene Meinung habe und nach dieser eines Verbrechens sich nicht schuldig gemacht habe. Inzwischen war von dem dirigirenden Arzt der Provincialirrenanstalt D. ein eingehendes Gutachten eingegangen, des Inhalts, dass die fernere Beobachtung in ihm nicht die Ueberzeugung hervorgerufen habe, dass L. thatsächlich an Wahnideen und Sinnestäuschungen litte. Alles, was L. in dieser Beziehung producirt habe, habe den Eindruck des theatralisch Gemachten erweckt. In letzter Zeit habe er diese Dinge ganz abgelegt, wäre auch über seine Person vollständig klar gewesen, wie auch aus seinen Briefea hervorgehe. Es handle sich bei ihm im Wesentlichen, ja man kann sagen ausschliesslich um ethische Defecte, um moralischen Schwachsinn, durch welchen allein die Irrenanstaltpflegebedürftigkeit nicht begründet werden könne; er habe für die Rechte seiner Nebenmenschen keinen Begriff und kein Gefühl etc. Am 15. März 1903 wurde uns L. wieder in die Irrenabtheilung zugeführt und blieb dort ununterbrochen bis November 1904. Bei seiner Einlieferung sah er recht heruntergekommen und schlecht gepflegt aus; offenbar hatte es ihm nicht gut gegangen; er erholte sich jedoch körperlich sehr rasch wieder.

L. ist ein kräftig und regelmässig gebauter mittelgrosser Mann von kräftigem Knochenbau und gut entwickelter Muskulatur. Der Schädel ist

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

länglich oval, die Stirn etwas nach hinten fliehend. Die Ohrmuscheln sind auffallend klein, schlecht geformt; Ohrläppchen fehlen. Die Backenknochen treten ziemlich stark hervor; Der Unterkiefer ist ziemlich stark entwickelt. Gaumen und Zahnreihen sind wohlgebildet. Die Nase ist gekrümmt. Die Haare, die stets sehr sorgfältig geflegt werden, sind gelockt. Die ganze Gesichtsbildung ist indess nicht unschön, der Gesichtsausdruck ganz sympathisch, frisch und lebhaft. Die Pupillen sind gleich weit, reagiren prompt auf Licht und Konvergenz. Die beiden Gesichtshälften werden gleichmässig innervirt. Sehr auffallend ist, dass die Zunge nur ganz wenig hervorgestreckt werden kann, kaum über die Zahnreihen, sie geräth sofort in starkes grobschlägiges Zucken vor und zurück. Die Patellarreflexe sind mittelstark auszulösen. Die Sensibilität ist normal. Am linken Zeigefinger fehlen $1^1/_2$ Glied. Die Sprache ist flott; die Ausdruckweise recht gewandt, gut. L. schreibt flott und geläufig; seine Kenntnisse lassen nichts zu wünschen übrig. Sein Gedächtniss zeigt keine Lücken, L. macht den Eindruck eines sehr intelligenten Menschen. Was sein äusseres Verhalten angeht, so war ganz besonders auffallend sowohl während dieser langen Zeit der Beobachtung, wie auch früher ebenso auch in sämtlichen anderen Anstalten die Erregung, in der er sich dauernd befindet, die sich aber von Zeit zu Zeit in ganz ungleichen Intervallen ausserordentlich steigert und in dieser Höhe ganz verschieden lange, einige Tage bis mehrere Wochen anhält. Wegen der Entweichungsgefahr hielt ich ihn in den ersten Monaten zu Bett. Es war dies eine furchtbare Qual für ihn, da er Tag und Nacht ruhelos war und einen äusserst starken Bewegungsdrang zeigte. Eine Stunde täglich durfte er unter Bewachung spazieren gehen. Er schnellte dann auf und stürmte mit raschen, äusserst wuchtigen Schritten raubthierähnlich hin und her; er spricht währenddem sehr viel und äusserst lebhaft, ist beständig mit allen möglichen Ideen und Plänen beschäftigt, unterhält sich mit der Bewachung, spricht von seinen vielen Erlebnissen, löst wissenschaftliche Fragen etc. ist überglücklich, wenn er einen auf Unwissenheit ertappt, lacht oft hellauf dabei; er gesticulirt stark, ist mit den Gliedmassen in beständiger, lebhafter Bewegung. Auch wenn er mit dem Arzte spricht, ist er in ständiger Bewegung, sitzen kann er dabei nicht; hastig greift er bald nach diesem, bald nach jenem Gegenstand, dem Tintengefäss, der Feder, dem Tisch, dem Höhrrohr etc. Zupft sich oder den Arzt an den Kleidern, dreht schnell an den Knöpfen, fährt sich in die Haare. So gerirt er sich auch, wenn er mit andern, ihm völlig fremden Herrn sich unterhält. Nachts schläft er nur sehr wenig, in erregteren Zeiten sitzt er die ganze Nacht zu Bett, geht manchmal auch hin und her; er hat indess kein Schlafbedürfniss und erhebt über diese absolute Schlaflosigkeit keine Klage. Die lange Bettruhe ist ihm entschieden zuträglich, indem die Erregung sich vermindert; nach einiger Zeit wird ihm gestattet aufzustehen und bei Tag in einen gemeinsamen Saal zu gehen. Auch hier tritt die Ruhelosigkeit stets hervor, wie gesagt, zu manchen Zeiten stärker als zu anderen.

Er spielt manchmal mit den Gefangenen, liest etwas, „um seinen Geist zu vervollkommnen,“ arbeitet jedoch nichts. Es gelingt ihm immer nur ganz

Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

kurze Zeit zu sitzen; rasch schnellt er dann wieder auf, läuft hin und her, oder ist sonst in Bewegung. In erregteren Zeiten ist er manchmal sehr unangenehm, äusserst reizbar, fängt Streit an mit den Mitgefangenen, fügt sich nicht den Anordnungen der Beamten, querulirt, droht und erscheint nicht ungefährlich. — Ferner wird das Bild beherrscht durch eine grosse Selbstüberschätzung, die Idee seiner Grösse, eine masslose Eitelkeit. Gleich bei seiner Wiedereinlieferung erzählte er von seinem Ruhm und seiner Berühmtheit, von den grossen Ovationen, die ihm wieder alle Gesellschaftskreise dargebracht. Er renommirt und sinnt viel darüber nach, was er nun hätte eigentlich thun können, um seinen Ruhm noch zu vermehren. „Aus Seelengrösse und Gutherzigkeit" hat er den Polizisten, der ihn doch anschoss, ohne Halt zu rufen und ohne dass er einen Angriff gemacht, und die Gendarmen, trotzdem sie ihm sehr häufig gelegen und schussgerecht kamen, nicht getödtet. „Ich dachte an ihre Familie." „Hätte es nicht meinen Ruhm vermehrt, wenn ich losgedrückt hätte?" Den vernehmenden Richter, dem er sich übrigens geistig weit überlegen fühlt, straft er mit Verachtung, wenn er ihn fragt, ob er diese oder jene Lappalie gestohlen hätte. Er leugnete auch die grösseren Vergehen, die ihm vorgeworfen werden, frägt jedoch nachher, nachdem er wegen des kühnen Pferdediebstahls vernommen werden sollte, ob er dies hätte zugeben sollen, es hätte dies vielleicht seinen Ruhm vermehrt. „Sein hoher Geist, seine Grösse, seine hohe Bildung" spielen eine grosse Rolle. Er ist von seiner geistigen Ueberlegenheit seiner Umgebung gegenüber vollkommen überzeugt. Auch die Richter sind thörichte Leute gegen ihn. „Ich habe in meinem kleinen Finger mehr Verstand als sie in ihrem Gehirn." Eigentlich kann er mit den Calefactoren und Aufsehern nicht verkehren; sie stehen geistig weit unter ihm, sind unbedeutend und dumm. „Sie fragen mich hier und da etwas; es sind ja keine gebildeten Leute. Ich bin für sie gewissermassen Autorität". Es kommt diese Selbstüberschätzung auch gelegentlich im Verkehr mit ihnen allzusehr zum Ausdruck. Er ist überhebend, nennt die Calefactoren „dumme Jungen, Bauernjungen, Plebejer, Lumpen." Als er gelegentlich einmal im Streit deshalb Prügel bezog, brüllte und heulte er bei mir in der allerkläglichsten Weise. Er meinte: „Ich kann nicht mehr leben, meine Ehre ist verletzt; meine Person geschlagen von solchen pöbelhaften Leuten." Bald tröstete er sich aber wieder mit der Idee: „Ich kann von diesen Leuten eigentlich garnicht beleidigt werden; ich stehe hoch über ihnen," und im Augenblick war er wieder der hohe Herr. Recht eigenthümlich ist, dass er es garnicht bemerkt, wenn er von den Mitgefangenen mit dieser seiner Art gehänselt und angeulkt wird, was recht häufig geschieht. Auch fällt auf, dass er leichtgläubig ist und sich alles Mögliche aufbinden lässt. Beim Spielen fällt er meist herein; die Mitgefangenen sind ihm darin über. Auch wenn er bemogelt wird, merkt er es oft nicht. Seine Selbstüberhebung tritt auch in seinen Briefen zu Tage. So schreibt er z. B. an eine seiner Geliebten, die ihm ein recht schweres Anliegen (Schwangerschaft) vorträgt u. A. . . . . „Sie wollen gütigst mit dem Umstande rechnen, einen gebildeten Menschen vor sich zu haben, dem eine Behandlung, welche massgebend ist in den Kreisen, welche

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ihre Zugehörigkeit documentirt, höchst verletzend und peinlich erscheinen muss . . .“ Oder ein Brief an die Behörde vom 22. April 1903, der auch sonst ganz interessant ist: „Eine Bitte, welche aus dem Wunsche entspringt, mein wildes Leben endlich einmal in ruhigere Bahnen eingelenkt zu wissen, ist es, welche den Endesunterzeichneten veranlasst, Euer Wohlgeboren durch dieses Schreiben näher zu treten. . . . . Die Sehnsucht nach der Heimat wird keine Macht der Welt überwinden; aber trotzdem will ich mich verpflichten, dieselbe nie wieder öffentlich zu betreten, falls Euer Wohlgeboren mir behilflich sein werden einen Auswandererpass nach Afrika zu erhalten . . . . oder . . . . ersuche ich gütigst, bei einer abermaligen Ueberführung in eine Irrenanstalt Y. als solche vorzuschlagen . . . . Meinem nach Selbstständigkeit ringenden Geiste fällt es schwer, jemand um etwas zu bitten, was mir meine Rechte als Mensch ohnedies zusprechen; ich meine hiermit, dafür an massgebender Stelle endlich einmal zu sorgen, dass ich Ruhe erhalte . . .

Burggraf von L.“

Auf ausgezeichnetem Fusse steht er mit mir und den anderen Aerzten, Leuten von Stand und Bildung, mit denen er eigentlich nur verkehren könne. Er versäumte keine Gelegenheit, auch gelegentlich durch Ansprachen und Gedichte seine Dankbarkeit zu bezeugen. Auch bei der Begrüssung benimmt er sich nicht wie andere Gefangene, sondern macht sein höfliches formvollendetes Compliment. Gern hält er sich in allen möglichen phantastischen Ideen und Zukunftsplänen auf, schwelgt und lebt oft ganz in ihnen, auch wenn er hin- und herstürmt; seine ganze Persönlichkeit macht dann einen gehobenen Eindruck; er zeigt offen seine Freude und kann herzlich lachen, wenn er wieder etwas Schönes ausgeheckt. Es kommt dabei oft recht Komisches heraus; so plant er, ich möge ein Gut kaufen und ihn als Gutsverwalter anstellen; er freute sich dann auf das fröhliche Treiben in Feld und Wald, auf Jagden etc. und er glaubt, dass er der richtige Mann sei dem dummen Bauernvolk gegenüber, welches man ordentlich über's Ohr hauen müsse. Er nennt sich, Anfangs mehr als später, gerne Burggraf von L., verzichtet aber auch in manchen Schreiben, besonders an Angehörige, auf diesen Titel. Mit äusserster Lebhaftigkeit setzt er mir darüber Folgendes auseinander: „Gerade meine Bildung, meine Art, ohne dass ich in dieser Weise erzogen worden bin, sind der sichere Beweis dafür, dass ich etwas Höheres bin. Ich kann nicht der gewöhnliche Mensch sein, für den man mich ausgibt. Meine Eltern sind allerdings einfache Leute; die verstehen mich nicht, sind zu beschränkt; wenn ich mit ihnen davon spreche, sagen sie: „Jung' schlag dir die dummen Sachen aus dem Kopf.“ Doch es gibt ja auch unter den Adeligen sehr dumme Leute. Ich wusste schon lange, dass ich etwas Besonderes war. Ich konnte aber nicht dahinter kommen, was ich war. Da fand ich in Berlin ein Buch. Das handelte von alten Geschlechtern. Da fand ich auch die Geschichte der Burggrafen von L. Ich kam zu der Ueberzeugung, dass ich ein Nachkomme von ihnen war. Ich stehe allein da mit meiner Ueberzeugung. Ich fühle aber in mir selbst, was ich bin. Es ist meine Ueberzeugung. Was die Anderen sagen, ist mir gleichgültig. Man verlangte Beweise. Für mich liegt

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Beweis in meiner Ueberzeugung und in meinem Gefühl. Wie mancher ist schon unschuldig verurtheilt worden. Alle Welt hält ihn für schuldig und er wird auch verurtheilt; er weiss, dass er unschuldig ist und er ist unschuldig. Er kann aber den Beweis der Wahrheit für Andere nicht erbringen. So ist es auch bei mir." Recht interessant ist auch, wie er sein Verbrecherthum mit einem Nimbus umgiebt und in phantastischer, romantischer Weise sein Thun und Treiben sich ausmalt.

Die Verbrechen, die er begangen, sind ihm durchaus nicht Verbrechen und er weist es weit von sich, beurtheilt zu werden, wie seine Mitgefangenen, diese armen Tröpfe. Es ist berechtigte Nothwehr, Selbsthülfe, was ihn zu seinem Handeln treibt und die Gesetze sind ihm nur Verordnungen, denen ein innerer, sittlicher Werth und Kern nicht innewohnt, und denen er sich nicht zu fügen braucht. Mit Stolz spricht er von seinen kühnen Fahrten, allerdings niemals von gewöhnlichen Einbruchsdiebstählen, die ihm offenbar doch etwas Unvornehmes und wenig Standesgemässes sind; darauf geht er niemals ein. Gelegentlich sagte er von einem Rinderdiebstahl: „Ich holte mir es, weil ich es brauchte. Das kann mir doch keiner wehren. Wenn der Bauer 20 Kühe im Stalle hat, und ich habe keine und habe Noth, so kann ich mir doch eine holen; das ist doch klar. Wozu braucht der 20 Kühe, ich muss doch auch leben". Den Mordversuch auf den Gendarmen bezeichnet er als „Duell". „Der hat doch kein Recht, mich zu verhaften". Wie zur Zeit sein Verhältniss zur Gesellschaft ist, das führt er aus in einem längeren Aufsatz: „Was ist eine kriegsführende Macht?" Er schreibt u. A.: „Ich stehe seit Jahren mit der menschlichen Gesellschaft zum Theil auf Kriegsfuss und bilde somit eine kriegsführende Macht. Ich habe mit meinem eigenen Geiste gegen die Raffinesse von tausenden angekämpft, blieb siegreich und unterlag auch manchmal, je nachdem das Glück mir eben günstig war; nie aber vergass ich, dass ich Menschen bekämpfte und keine wilden Thiere. Dies wird mir Niemand streitig machen können. Hiermit gehe ich zu den eigentlichen Rechten über, die mir als kriegsführende Macht von meinen Feinden nicht zugestanden werden. Als Mensch bin ich in erster Linie zur Selbsterhaltung verpflichtet. Wie ich diese Erhaltung bewerkstellige, muss meinem eigenen Gutdünken überlassen bleiben. Diese beiden Sätze bilden die Quintessenz des ganzen Lebens. Wenn ich unter dem Schutze der Gesetze nicht mehr gedeihen kann und sehe meinen Ruin vor Augen, so muss ich mich unbedingt diesen Gesetzen entziehen und auf meine eigene Macht meine Erhaltung befördern. Hiermit kann ich nie ein Unrecht begehen, selbst wenn ich zu diesem Zwecke Hab und Gut, das mir rechtlich nicht zusteht, antasten würde. Von einer strafbaren Handlung kann in diesem Falle nie die Rede sein. Mit dem nämlichen Recht, womit ein Heerführer seine Schaaren mit dem Eigenthum Anderer sättigt, wenn er mit diesen um eine Sache kämpft, so muss ich mich erhalten dürfen. Darum ist es Unrecht, wenn man mich wie einen gemeinen Verbrecher und Landstreicher behandelt; denn unstreitig habe ich niemals Verbrechen begangen, wie ein gemeiner Verbrecher solche vollzieht. In dem Augenblick, wo ich meinen Peinigern entwische, durch mein eigenes geistiges Denken, habe ich keine Verpflichtungen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mehr gegen diese, sondern bilde eine eigene Macht . . . (Er erzählt dann, wie er gehetzt werde, seit frühester Kindheit, wie man jetzt Jagd auf ihn mache wie auf ein wildes Thier und Mittel zur Anwendung bringe, welche ungesetzlich und strafbar sind.) . . . Warum schliesst man keinen Frieden mit mir und giebt mir somit die Mittel einer ruhigen Existenz in die Hand? Jede Rache muss doch einmal enden. Unerschöpflich kann nur ein Teufel darin sein. An Entgegenkommen bei mir fehlt es doch nicht; denn wer würde wohl auf meiner letzten Flucht an meiner Stelle so human gehandelt haben. Ein elendes Weib und dessen würdige Ehehälfte, denen ich nur Wohlthaten erwiesen hatte, für die selbst oft gedarbt habe, wurden zu feigen Verräthern an mir. Unter dem Deckmantel der Heuchelei erwarb man sich mein Vertrauen, und stürzte mich dann in's Unglück, indem man dazu beitrug, mir das höchste Gut, was ich kenne, die Freiheit, rauben zu helfen. — — — (Er verlangt in Zukunft nichts als in Ruhe gelassen zu werden.)

Ich will in der grossen Welt nichts zu thun haben, mir genügt für meinen Wirkungskreis meine Heimath. In ihr will ich mich frei bewegen dürfen. — — Die Erfahrung würde dies ja lehren, wenn man mich in ihr in Ruhe liesse. Jeden meiner Schritte dürfte man getrost controlliren. Wenn ich nur die Gewissheit habe, frei mich bewegen zu dürfen, ohne fürchten zu müssen, vom ersten besten Diener des Gesetzes verhaftet zu werden. So lange ich aber in solch drückenden Verhältnissen wie jetzt zu leben gezwungen werde und alle Welt mich verfolgt und knechtet, werde ich streiten, mutig, eines Mannes würdig . . . ich fühle in mir die Kraft, auch das Unmögliche möglich zu machen; wenn auch mein ganzes Leben nur ein beständiger Kampf sein wird, wenn ich dereinst auf dem Sterbebett liege, soll Jeder sagen: „Wer hier ruht, war ein Held. Dies Bewusstsein wird mich trösten.“

Es fällt dieser ruhelosen, wilden impulsiven Natur ganz ausserordentlich schwer, in den Mauern des Gefängnisses und einer Irrenanstalt eingeengt zu sein. Er verlangt oft stürmisch nach Freiheit. Er klagt nicht selten, wie schwer er draussen unter der Hetze der Polizei gelitten habe. Was Pflege anlangt, so habe er jetzt im Gefängniss gegen damals ein Götterleben, doch könne er unmöglich in solchen Häusern leben; er habe einen unbezähmbaren Drang nach der Freiheit. Auffallender Weise quält ihn oft unendlich beständige Sehnsucht nach der Heimath, nach Berg und Wald, die er schon als Kind lieb gewonnen. Nur dort, nirgend anders könne er leben. Seine Briefe sind voll schwärmerischer Sehnsucht nach der Heimath und er giebt dieser Stimmung auch vielfach in Gedichten, deren er eine grosse Anzahl verfasst, lebhaften Ausdruck. So schreibt er an seine Schwester: „Ach, ich bin zuweilen tief traurig; doch ein einziger Rückblick in meine schöne Heimath, wo all mein Glück, meine Seligkeit, der Traum meines Daseins sich bewegt, verwandelt meine Traurigkeit in Wonne, ja der Gedanke, jene seligen Stunden in verjüngtem Erscheinen noch einmal erleben zu können, lässt mich willig Jahre lang Qualen ertragen . . .“ oder er singt:

IV. Es ist meine Heimath, dies Dörfchen traut,
Es birgt meinen Himmel, ich sing' es laut.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wie sind seine Mädchen so lieb und so schön,
Wo giebt es noch Männer; wie hier noch zu seh'n!
Mein einzig Denken bei Tag und bei Nacht
Es gilt nur der Heimath, die glücklich mich macht.

V. Es liegt meine Heimath im deutschen Land,
Umschlingt mich auf ewig mit festem Band.
Hier hab' ich im Kampfe den Muth geübt,
Dem Schicksal zum Trotze mein Mädchen geliebt.
Ich grüss' Dich mein Dörfchen, verbannt von Dir fern,
Leb' wohl, schöne Heimath, mein leuchtender Stern.

oder er dichtet während eines Gewitters:

1. Durch der Fenster enge Gitter
Schau' ich sehnsuchtsvoll hinaus,
Draussen tobet ein Gewitter
Und der Donner rollt durch's Haus.
2. Blitze winden sich gleich Schlangen
Durch die Lüfte wuthentbrannt;
Schwarze Regenwolken hangen
Oben an des Himmels Rand.
3. An des düstern Kerkers Mauern
Schlägt der Regen, stöhnt der Wind.
Mich erfasst ein leises Schauern,
Bin des Unglücks ärmstes Kind.
4. Heulend rast der Sturm vorüber.
Mich der Berge wilden Sohn
Quält des Heimweh's brennend' Fieber,
Doch dafür hat er nur Hohn.
5. Sturm, ach könnt' ich mit Dir eilen
Durch die Welt, d'raus ich verbannt;
Aber nein, ich muss hier weilen,
Grüsse mir mein Heimathland!

Recht bemerkenswerth ist auch die Thatsache, dass dieser kühne ruhelose Räuber immer wieder in seiner engen Heimath landet und die schauderhafte Jagd und Hetze, welcher er, wie er weiss, sofort wieder ausgesetzt ist, nicht scheut.

Zeitweise ist L. etwas deprimirt, besonders auch während dieser langen Zeit der Beobachtung; doch sind die Ideen, welche ihn dann hauptsächlich bewegen und welche mehr und mehr ihn beschäftigen, je länger er sich im Gefängniss befindet, nicht auffallend und seiner Lage durchaus entsprechend. Es kümmert ihn seine Zukunft, was wohl die Behörde beschliessen wird, ob man seinen Wünschen willfahren wird, ob er noch eine Zusatzstrafe erhält, ob er die erkannte Strafe, welche noch zu verbüssen ist, verbüssen muss etc. Um jeden Preis will er die Möglichkeit, in seiner Heimath leben zu können, erzwingen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Während dieser Beobachtungszeit kam er nur ganz im Anfang mit Aeusserungen über scheinbare Sinnestäuschungen und mit Ideen der Verfolgung hervor; so äusserte er hier und da noch, dass er verfolgt werde von der Staatsanwaltschaft in E. „Von allen Seiten wird auf mich eingewirkt; jeder Gedanke, den ich gefasst, wird weiter getragen und es werden mir die unangenehmsten Dinge wiedergesagt. Selten höre ich da etwas Freudiges. Ueberall werde ich gehetzt und getrieben. Nirgends finde ich Ruhe. In diesen Häusern kann ich nicht leben". Auf Befragen sagt er: „draussen habe ich auch keine Ruhe. Aber diese Einflüsse sind geringer. Ich höre wohl manchmal meinen Namen; doch kann ich diesen Anzüglichkeiten mehr entfliehen. Hier in den Gittern stürmt Alles auf mich ein." Ich muss jedoch hier bemerken, dass er mit diesen Dingen spontan recht selten und dann nur sehr zögernd, seiner gewöhnlichen Umgebung gegenüber niemals hervortritt; und ich kann nicht leugnen, dass diese Angaben und dieses Gebahren oft den Eindruck des Gemachten auch in mir hervorriefen und ich mich immer in einem Zweifel befand, ob er damit nicht zu täuschen suchte und Beobachtungen, welche er zu machen früher reichlich Gelegenheit hatte, wiedergab. Nicht nur vom Aufsichtspersonal, sondern auch von Mitgefangenen wurde dies beständig und fest behauptet. Später verschwanden diese Aeusserungen und Erscheinungen vollkommen. Allerdings konnte ich mich auch in dieser ersten Zeit des wenn auch unbestimmten Eindrucks nicht ganz erwehren, dass er doch wohl hallucinirte in den Zeiten sehr grosser Erregung.

Im Verlauf der ersten Monate dieses letzten langen Aufenthaltes des L. in der Irrenabtheilung gewann ich besonders in Anbetracht der hochgradigen und dauernd sich gleich bleibenden Selbstüberschätzung, welche er bot und welches Symptom das ganze Bild beherrschte, die Ansicht, dass ich es doch mit einem Paranoiker zu thun hatte und ich gab dieser meiner Meinung in einem eingehenden, am 17. Juni 1903 erstatteten, gerichtlichen Gutachten auch Ausdruck. Ich erklärte ihn darin für geisteskrank, unzurechnungsfähig und strafvollzugsunfähig. Diesem meinem Gutachten schloss sich das königl. Medicinalkollegium und auch die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen im Wesentlichen an. Diese Behörden gaben ihr Urtheil dahin ab, dass L. an originärer Paranoia litte. Vor allen Dingen imponirten diesen Behörden ebenfalls als krankhaft seine Selbstüberschätzung und auch die Erregtheit, welche damals noch deutlich zu Tage trat. Das Medicinalkollegium sagt: „Bei der Eigenart des L. vernichtete sie zunächst seine ethischen Eigenschaften, insofern er deren überhaupt je besessen".

Auf Grund dieser Gutachten wurde das neuerdings gegen ihn wegen der vielfachen Räubereien anhängig gemachte Verfahren eingestellt.

L. blieb vom 15. März 1903 bis am 10. Juli 1905 in der Irrenabtheilung mit Ausnahme einer kurzen Zeit, in welcher er sich in Berlin befand, und stand ständig unter meiner und meines Amtsnachfolgers Beobachtung. Bei der grösstmöglichen Rücksichtnahme und Einwirkung auf seine Persönlichkeit und sein Befinden trat mehr und mehr Beruhigung ein. Wohl blieb das hastige, auch in der Unterhaltung zu Tage tretende überlebhafte Wesen und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine erhöhte Reizbarkeit bestehen; doch die grosse Erregung, welche Anfangs Tage und Wochen lang stürmisch sich auch äusserlich documentirte, machte einem sehr wesenlich ruhigeren Verhalten, welches ihm auch eine längere Beschäftigung ermöglichte, Platz. Nur von Zeit zu Zeit erschien er periodenweise erregbar und dann für seine Umgebung lästiger, wenn auch lange nicht mehr in dem früheren Grade.

Dauernd zeigte er einen ungezügelten Egoismus. Für ihn giebt es nur seine Interessen und denen geht er in rücksichtloser Weise nach. Für Andere hat er kein Mitgefühl. Er schliesst sich auch Keinem an.

Dauernd blieb ferner eine grosse Eitelkeit, ein überhebendes Wesen, ein gehobenes Selbstgefühl, wenn auch nicht mehr so sehr in die Augen springend, wie früher. Vor allen Dingen stellte sich — eine Frage, welche bisher immer zweifelhaft war und allerseits sehr viel und lebhaft mit ganz verschiedenen Ergebnissen erwogen wurde — heraus, dass er bei aller Selbstüberschätzung doch sich vollkommen, in einer den thatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Weise klar ist über seine Persönlichkeit, über seine Lage und über sein Verhältniss zur Aussenwelt. Es trat dies auch hervor in seinen ihn stark beschäftigenden Erwägungen über seine ihm von den Behörden zugewiesene Zukunft. Dass er z. B. nicht Burggraf von L. ist, darüber ist er sich jeder Zeit vollkommen bewusst. Es sind dies phantastische Ideen, in denen er sich gerne aufhält und gefällt und oft in ihnen schwelgt, Ideen, über deren Irrealität er sich aber ganz im Klaren ist. Von eigentlichen Wahnideen konnte nicht mehr die Rede sein. Sein Gesammtzustand näherte sich dem des Normalen.

Am 10. Juli 1905 wurde L. wieder dem Bewahrungshaus in D. zugeführt. Aus den Mittheilungen des dirigirenden Arztes der Provinzial-Irrenanstalt in D. an mich und aus den Schreiben des L. selbst geht hervor, dass der Zustand derselbe geblieben ist, wie in den letzten Monaten in der Irrenabtheilung. Es ist noch eine weitere Beruhigung eingetreten. L. hat sich vorläufig in sein Schicksal ergeben, hat für eine gewisse Zeit capitulirt und hofft die Freiheit über kurz oder lang in gesetzlicher Weise zu erlangen, wo er in seiner bisherigen Weise doch nicht zum Ziele kommt. Aus allen Erscheinungen auch aus dieser letzten Zeit geht wiederum hervor, dass L. sich thatsächlich über seine Person im Klaren ist, wenn er sich auch heute noch gerne in seinen phantastischen Vorstellungen und Plänen aufhält. Keiner der Aerzte der Anstalt, so schreibt uns der dirigirende Arzt, glaubt daran, dass L. an Paranoia leidet. Wahnvorstellungen paranoischer Art bestehen nicht. Man hielt ihn für einen wohl etwas „abnormen Simulanten".

J. G., geboren am 30. August 1853 zu B. Genaueres ist über seine frühesten Knabenjahre nicht bekannt. Es wird mitgetheilt, dass seine Mutter nervenkrank gewesen sei, dass die Eltern in sehr ärmlichen Verhältnissen gelebt hätten, dass die Erziehung des G. eine nachlässige gewesen sei, und dass G. schon als Knabe ein verbrecherisches Leben geführt habe. Zuerst wird er im Jahre 1867 wegen Sachbeschädigung zu 3 Tagen Gefängniss verurtheilt, im Jahre 1868 wegen Diebstahls zu 2 Monaten Gefängniss. Er wurde dann in

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Zwangserziehungsanstalt Steinfeld übergeführt, in welcher er 3 Jahre verblieb. Nach seiner Entlassung führte er sein verbrecherisches Leben sofort weiter und wurde wegen Diebstahls im Jahre 1872 zu 2 Monaten Gefängniss, im Jahre 1873 zu 5 Monaten, 1875 zu 8 Monaten Gefängniss verurtheilt. Wo er sich von 1873 bis 1875 aufgehalten, konnte ich nicht ermitteln; es scheint, dass er in einem Provincialarbeitshause untergebracht war. Nach einer kurzen Notiz hat er sich schon während Verbüssung der ersten Gefängnissstrafen sehr schlecht geführt. Es folgt dann im Jahre 1876 eine Verurtheilung zu einer Zuchthausstrafe von 8 Jahren, wegen Fälschung, schweren Diebstahls, Nothzucht, vorsätzlicher Körperverletzung; unter Anderem hatte er damals seine eigene Schwägerin vergewaltigt, in der rohesten Weise unzüchtige Handlungen an ihr vorgenommen, ferner hatte er unter Anderem eine Kuh und eine Ziege gestohlen. Wie aus den Gefängnissacten hervorgeht, hat er sich seit 1876 immer nur ganz kurze Zeit in Freiheit befunden. Häufig zog sich die Untersuchungshaft mehrere Monate hin. In 17 gerichtlichen Verurtheilungen hat er im Ganzen Strafen von $19^1/_2$ Jahren Zuchthaus, 9 Jahren 5 Monaten 6 Tagen Gefängniss. 33 Tagen Haft erhalten, und zwar wegen Sachbeschädigung, Hausfriedensbruchs, groben Unfugs, schwerer Körperverletzung, Unzucht mit Kindern, Nothzucht, Bettelns, Diebstahls, schweren Diebstahls etc. Aus den Gefängnissacten, die mir erst vom Jahre 1875 ab zur Verfügung stehen, geht hervor, dass seit dieser Zeit sein Verhalten in sämmtlichen Gefängnissen, in denen er sich befand, stets das Gleiche war. Es ist eine Kette fortlaufender Verfehlungen gegen die Disciplin, ein wüstes tolles Treiben, ein ewiges Ringen und Kämpfen mit diesem unbändigen Menschen. Nur während weniger ganz kurzer Zeiträume beging er keine ganz groben Verstösse gegen die Disciplin und fügte sich einigermaassen. In allen Anstalten wird von dieser Zeit an in gleicher Weise beobachtet, dass er vollkommen unempfindlich gegen jede Ermahnung im Guten und gegen jedes freundliche Entgegenkommen ist.

Ganz kurz lasse ich hier einige Auszüge aus den Acten folgen:

1875: Im Gefängniss macht G. Durchsteckereien, ist ungemein faul, unverträglich mit Mitgefangenen, sehr frech gegen die Beamten, die er fälschlich beschuldigt und in scheusslicher Weise beschimpft. 1876—1886: Sein Verhalten ist ganz unerträglich, er meldet sich fast täglich zum Arzt, bringt die verschiedensten Klagen vor, die nach dem objectiven Befund meist nicht begründet sind; er will sich drücken bei der Arbeit und simulirt auch zu diesem Zweck, reibt sich z. B. das Bein und den Arm mehrmals wund, „um nicht arbeiten zu brauchen". Im Arrest singt und tobt er, muthwillig ruinirt er Arbeitsmaterial, demolirt Gegenstände, 1879 macht er einen Erhängungsversuch. Er verletzt 1880 den Werkmeister, der ruhig in seine Zelle kommt, um ihn zu fragen, ob er noch Material zum Arbeiten haben will, ganz ohne Grund und ohne jede vorhergehende Auseinandersetzung mit einer Feile sehr schwer im Gesicht, so dass dieser einige Zeit lang bewusstlos war. Als Grund dieses Angriffs giebt er an, dass er gegen den Werkmeister erbittert sei wegen verschiedener Anzeigen, die ihm Bestrafungen eingetragen hätten. Die That brachte ihm eine Zusatzstrafe von 2 Jahren 8 Monaten ein. Er beschimpft die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beamten (Spitzbuben), brüllt, heult wie ein wildes Thier, johlt oft, dass es weithin schallt und die Ruhe der Anstalt erheblich gestört wird. Er bedroht den Arzt mit erhobener Faust: „Die Hunde gehen darauf aus, mich kaput zu machen." Zur Bändigung muss ihm die Zwangsjacke angelegt werden, die er indess zerreisst; er demolirt den Ofen und verbrennt die Zwangsjacke. Später verletzt er sich öfters die Mundschleimhaut, saugt das Blut an, schluckt es und practicirt es in Masse wieder heraus und behauptet dann an Bluthusten zu leiden. Er simulirt Ohnmachten auch in der Kirche, isst Kreide, damit die Zunge belegt scheint etc. Seine Briefe sind theilweise sehr überschwenglich, theilweise sehr cynisch. Z. B. schreibt er an seinen Bruder am 23. April 1882 folgenden Brief:

Münster, 23. April 1882.

Innigst geliebter Bruder!

Deinen Brief, den Du zu Weihnachten geschrieben, habe ich richtig erhalten und darin gesehen, dass Du und Deine Familie und auch meine Angehörigen noch alle recht munter sind, was mich sehr gefreut hat. Dir gleich Antwort zu schreiben, dazu war ich nicht aufgeräumt, denn der Kopf sitzt mir öfters so verrückt auf, dass ich nicht weiss, wohin und woraus, also nichts für ungut und sei mir nicht böse, sondern lass es noch einmal flubben. Theurer Bruder, Du kannst Dir gar nicht denken, wie gut ich es habe, es giebt die Woche drei Mal Fleisch, alle über den andern Tag, Kaffee und sonst ein delicates Essen, wonach man die Mundlippen leckt bis hinter die Ohren, ich habe ein feines Ruhelager mit gepolstertem Strohsack ohne Sprungfeder, ich gehe jeden Tag pikfein spazieren, habe ein fein möblirtes Zimmer mit einer kleinen Bibliothek. Mein Ess- und Trinkgeschirr besteht aus pikfeinem Porzellan und Glas, der Löffel aber ist von Blei. Da kann ich ja bald sagen, ach Liebchen, was willst Du noch mehr. Jetzt kommt ein anderes Stück, also aufgepasst. Hier ist das Pläsir so gross, dass die Leute sich aufhängen, über die Mauer springen, verrückt werden und die Geschlechtsnieren abschneiden u. s. w. Lieber Bruder, ich habe aber auch schon auf einem gepolsterten Bock etwas auf den Popo gestrichen bekommen, dass mir die Thränen in den Augen standen, so sehr hat das Zeug gejuckt; ei wei dachte ich, das ist ja eine verfluchte Zauberpeitsche. . . . (Folgen einige Wünsche.) . . . Was mich betrifft, so bin ich noch frisch und gesund, kreuzfidel und buckellustig und singe immer ein frohes Alleluja, denn ist auch gross meine Schuld, es tilgt sie Christi Huld. Alleluja . . . ." (es folgt ein religiöses Lied, welches die Kinder seines Bruders nach seinem Wunsch beten sollen).

Der Brief wird nicht abgeschickt, weil er von Anfang bis zu Ende nur als Hohn aufgefasst werden kann. Im December 1885 bringt er sich an Brust und Bauch mit einer Glasscherbe mehrere grosse Verletzungen bei, sodass ein grosser Blutverlust entsteht. Er sagt, er habe sich das Leben nehmen wollen, weil er zu sehr maltraitirt werde. Im letzten halben Jahr der langen Strafzeit führt er sich relativ gut, ist auch fleissig, sodass die Beamten sehr erfreut sind und er mit der begründeten Hoffnung auf Besserung entlassen wird. Doch erfüllt diese Hoffnung sich nicht. Er sitzt bald wieder im Gefängniss. Wäh-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rend Verbüssung einer weiteren Zuchthausstrafe von $1\frac{1}{2}$ Jahren 1887—1889 in W. treibt er sein scheussliches Unwesen weiter. Ebenso 1889—1891 in D. während Verbüssung einer gegen ihn wegen Diebstahls erkannten Zuchthausstrafe von $1\frac{1}{2}$ Jahren. Er bringt sich 1890 an Brust und Bauch mit einem Messer Verletzungen bei, die genäht werden müssen. Ein Conferenzprotokoll vom 15. September 1890 besagt u. A.: „Nach der Einlieferung hier ist ihm vom Director in wohlwollendster Weise vorgestellt worden, wohin es führen müsste, wenn es auch jetzt wieder so fortgeht, wie früher. Er wurde natürlich ermahnt, aber ihm wurde auch die äusserste Strenge in Aussicht gestellt. Er hielt sich auch von October bis December 1889 so ziemlich, dann aber ging es mit ihm in der alten Weise weiter. Harte Strafen folgten, aber vergebens. Es ist unmöglich alle auch geringeren Vergehen gegen die Ordnung des Hauses, alle Anzeigen in die Akten zu bringen. Wollte man das thun, es würde schwerlich ein Tag ohne Anzeigen vergehen . . . ." Er schreibt überspannte Briefe, in denen er auch trübe Betrachtungen über sein Dasein anstellt. In einem Cassiber an einen Gefangenen schreibt er während dieser Zeit Folgendes: 89—91 . . . . . „Mein Gemüth ist so matt und düster wie noch nie; ich fühle eine Leere und Oede in mir, die mich mit Widerwillen gegen alles erfüllt; mich quält ein Schmerz, dem ich keinen Namen zu geben weiss, mich erfüllt eine Sehnsucht, für die ich keine Ruhepause finde . . . . Ich hatte mich aufrichtig gefreut, als ich wieder nach langer Trennung zu Dir zurückgekehrt war, hatte ich doch gehofft, ich würde in Dir den Bruder finden, dem ich mein vereinsamtes Herz mittheilen und mich offenbaren könnte. Ich hatte gehofft, Freude und Trauer, vor Allem aber ein geheimes unnennbares Sehnen in Deine Seele betten zu können; ich hatte mich nach jener Stunde gesehnt, wo mein Herz an dem Deinigen erwarmen und zu ruhigerem Schlag zurückkehren sollte. Sieh' Bruder, dies alles hatte ich gehofft und ich sehe nun, dass auch mir die Hoffnung nichts anderes ist, als des Wachenden süsser Traum . . ."

Beim Abgang wird ihm das Zeugniss ausgestellt: „Das schlechteste Subject, das wohl jemals das Zuchthaus verlassen hat; Heuchelei, Schwindelei jeglicher Art ist ihm Gewohnheit. Nichts ist ihm heilig. Jedes Wort eine Lüge. Alle seine körperlichen Leiden simulirt . . ." Auf eine Anfrage der Direction, ob G. geistig intact sei, erfolgt die Antwort des Arztes, dass eine Geistesstörung nicht vorliege. Ganz kurze Zeit in Freiheit wurde er 1891 in Untersuchungshaft in das Gefängniss C. eingeliefert wegen Urkundenfälschung etc. Der Gefängnissarzt berichtet u. A., dass G. ein höchst eigenthümliches Wesen zeige. Er ist vielfach mürrisch und aufbrausend, dünkt sich sehr krank und hat zahlreiche Klagen über sein Befinden. Er beschimpft und bedroht die Aufseher, beschuldigt sie fälschlich, behauptet, man lege ihm Allerlei in den Weg, wolle ihn bei Seite schaffen. Zeitweise ist er sehr erregt, singt, brüllt und tobt Tag und Nacht, schlägt gegen die Thür, demolirt Gegenstände. Eines Morgens findet man ihn ganz nackt in seiner Zelle liegend mit einer Wunde, die ziemlich stark blutet. Oft klagt er laut im Predigerton, sein ganzes Leben sei eine Kette von Unglück; er hält dann religiöse Reden,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

er wolle seinem Schöpfer dienen; die Menschen, nicht der himmlische Vater quälen ihn. Einmal behauptet er, Nachts kämen sie Alle zu ihm und riefen ihm zu: „Den wollen wir vernichten." Zeitweise lacht und singt er, tanzt mit einer Puppe, die er sich aus der Bettdecke macht, herum, behauptet, dies sei sein Kind. Sein Lager demolirt er vollständig, läuft meist nur im Hemd herum mit seiner Puppe. Mit Stroh flicht er sich Guirlanden, die er mit Papierfähnchen schmückt und erklärt jubelnd, heute feiere er mit seiner Braut Hochzeit. Den Secretär beschuldigt er, seine Braut genothzüchtigt zu haben. Die Unruhe steigert sich beständig, ebenso seine Neigung zu demoliren. Nachdem er aus der Polizeizelle herausgenommen wird, ist er wie umgewandelt, ruhig und vernünftig. Dem Antrage des Arztes, ihn zur Beobachtung in eine öffentliche Irrenanstalt zu überführen, wurde stattgegeben und er kam in die Provincialirrenanstalt A. (1891) . . . Er erscheint den Aerzten gegenüber hier zuerst benommen und verwirrt, wie halb im Traum, dem Personal gegenüber dagegen verständig; bald macht er alle möglichen Narrenpossen, bringt dazwischen Aeusserungen von Benachtheiligungsvorstellungen vor, er führt hochtrabende Redensarten über Unterdrückung der Armen etc. Dann wieder gesetztes geordnetes Benehmen. Das mürrische Wesen zeigt er mit Vorliebe beim Erscheinen der Aerzte, das Gesetzte zuletzt fast ausnahmsweise, wenn er in der gewohnten Umgebung sich bewegt. Er wurde ärztlicherseits als ein geistig abnormer, entarteter Mensch, der aber nicht geisteskrank sei, bezeichnet. Nach dem Gefängniss zurückgebracht, schreibt er tolle Briefe an den Kaiser und Ersten Staatsanwalt, er bezeichnet sich als Prinz G.; bei Gericht wurde er freigesprochen. 1892—1893 finden wir ihn im Gefängniss E. wegen einer neuen Strafsache; hier ist er sehr faul, queruliert fortgesetzt, chicanirt die Beamten, wo er nur kann. In der Arrestzelle tobt und scandalirt er, demolirt verschiedentlich, simulirt Ohnmachten. Er übt einen sehr schlechten Einfluss auf die Mitgefangenen aus. Am 24. November 1892 wird registrirt: „G. benimmt sich seit einigen Tagen wie ein Geisteskranker, wirft alles entzwei, bewirft und beschimpt einen Jeden, der seine Zelle betritt, entkleidet sich vollständig, lässt Stuhl unter sich gehen, wo er steht und geht. Seinen Kopf bearbeitet er mit den Fingernägeln, dass das Blut herunterrinnt . . . . Heute Morgen hat er sich wieder ganz entkleidet und hat sich mit einer Fischgräthe, welche er bei seinem gestrigen Mittagessen entnommen und bei sich gesteckt hatte, die Bauch- und Brusthaut tief eingeritzt." Der Arzt stellt fest: „Auf dem Unterleib eine 12 cm lange, querlaufende, 2 cm klaffende und etwa $1\,^1/_2$ cm tiefe Wunde, auf der Brust 2 Wunden von 3 cm Länge." Am 29. December 1892 wird G. in die Provincialirrenastalt G. zur Beobachtung seines Geisteszustandes überführt. Er zeigt sich hier theilnahmlos stumpf, dann wieder kläglich, raisonnirt über die Polizei, wünscht zu seiner Braut zu gehen, spricht dann zeitweise garnicht, reagirt auf Fragen in ganz verkehrter Weise, spricht mit verstellter Stimme. Er wird im ärztlichen Gutachten als durchtriebener Simulant bezeichnet, der stets auf jegliche Weise versucht, nicht nur die Beamten, sondern auch die Aerzte zu täuschen, theils um sich an der Arbeit vorbeizudrücken, theils um sich bessere Verpflegung zu sichern.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

. . . Allerdings hätte er in ethischer Beziehung im Laufe der längeren Strafen einen gewissen Defect erlitten. Zurückgebracht in die Strafanstalt führt er sein Unwesen fort. Man fand bei ihm ein Stück Blech, welches er schärfte. Im Februar 1893 verunreinigte er seine Zelle fortgesetzt mit Koth; bei Vorhaltungen tobt und schimpft er und wirft mit einem Schemel gegen die Aufseher. In der Zwangsjacke beruhigt er sich und verspricht sich gut zu halten. Ende 1893 treffen wir ihn wieder im Gefängniss in C. an und finden gleich die Meldung, dass er den Militärposten mit Koth beworfen hat. G. stand unter dem Verdacht des Diebstahls und der Nothzucht an einem Mädchen unter 14 Jahren. Er brachte sich wieder einige Wunden an Brust und Bauchhaut bei, producirte allerlei Grössen- und Verfolgungsideen und behauptet, Ratten und Mäuse zu sehen. Er schwätzte auch sonst confuses Zeug, wenn der Arzt da ist, spricht aber zu anderen Mitgefangenen und zu Aufsehern ganz verständig. Bei einem Verhör benimmt er sich in hohem Grade beleidigend gegen den Richter, sodass dasselbe abgebrochen werden muss, ein andermal beschwert er sich über die Verfolgungen, denen er ausgesetzt sei und dass man ihm die Kleider zerrissen habe, was er selbst besorgt hatte. Zeitweise lärmt und tobt er in unerträglicher Weise. . . . Der Gefängnissarzt hielt ihn für einen „moralisch degenirten, geisteskranken Verbrecher, der allerdings auch zugleich simulirt.“ G. lässt auch einige Schriftstücke los, von denen das erste mit sehr zitteriger Schrift, die andern in sicherer Handschrift abgefasst sind, in denen er sich Prinz, Vetter des Kaisers u. s. w. bezeichnet und gesucht verwirrter Weise allerlei Gemeinheiten über Beamte und Staatsanwalt vorbringt und dabei über Misshandlung klagt und den Bluthunden Rache androht.

Am 23. November 1893 wurde G. darauf wiederum der Provinzial-Irrenanstalt A. zugeführt. Er spricht von Verfolgung, von seiner Braut, einer spanischen Prinzessin, nennt sich bei Gelegenheit Prinz von Hohenzollern, thut unbesinnlich, rennt wie triebartig herum, spricht in ganz eigenthümlicher Sprachweise, unterhält sich aber sofort mit einem ihm bekannten alten Zuchthäusler in ganz unauffälliger Weise, giebt auch bald seine Prinzenrolle ganz auf und sucht seine egoistischen Zwecke hinsichtlich Verpflegung, Taback etc. zu verfolgen, erzählt, er könne nicht bestraft werden, weil er von der That gar nichts wisse; in E. sei er von einem guten Arzt für unzurechnungsfähig erklärt worden und sei bald darauf aus dem Krankenhaus entwichen. Gegen die Aerzte ist er meist abweisend, manchmal aber auch unangenehm zudringlich und schmeichlerisch, und besonders, wenn er etwas erreichen will. Dabei macht er aber viele Scherze, Narrenpossen und Tollheiten, will dem dirigirenden Arzt einen Kuss appliciren, machte sich viel über die Aerzte lustig, schwätzte viel auch Nachts in störender Weise, singt zotige Lieder und spricht Schweinereien und wird zeitweise ausgelassen heiter. Er zeigte sich sehr jähzornig und leicht erregt, klagt über sein körperliches Befinden, glaubte, er werde wohl nicht mehr lange leben. Er wurde ärztlicherseits wiederum für einen geistig entarteten, abnorm veranlagten Menschen erklärt, der aber weder im Allgemeinen noch zur Zeit der That geisteskrank gewesen sei; er habe sich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Gefängniss nur so seltsam benommen, um für geisteskrank erklärt zu werden. Am 9. März 1894 bringt er sich im Gefängniss wieder eine lappenförmige Wunde an den Bauchdecken bei. Er kommt nun in den Strafvollzug zur Verbüssung einer 3jährigen Zuchthausstrafe nach W. Hier machte er sofort wieder Unfug. Nach dem Bericht vom 24. December 1894 „ergiebt er sich jedoch nach einer schweren Bestrafung bald in sein Geschick als raffinirter Gefängnissbewohner und findet sich in den geordneten Strafvollzug in Einzelhaft, arbeitet, leistet sogar vielfach sein Arbeitspensum, beobachtet die Hausordnung, knurrt nur hier und da, wenn ihm etwas nicht passt!“ Den Arzt belästigt er allerdings fast täglich. Vielfach ist er aber auch wirklich leidend (Rheumatismus, Schwäche, Dyspepsie, Blutarmuth, Ohrenkatarrh) und wurde im Revier und Lazareth behandelt. Grösstentheils sind seine Klagen jedoch unberechtigt. Sein Verhalten ist im Vergleich mit anderen Gefangenen zwar schlecht, in Anbetracht seines früheren Betragens indess relativ leidlich. Wohl singt und scandalirt er manchmal, schreibt tolle Briefe, erkundigt sich z. B. bei einem Bürgermeister über den Verbleib seiner Sachen, besonders seiner Geldtasche mit 30000 Mark Inhalt, doch sind sehr schwere Ausschreitungen nicht vorgekommen; nur einmal ist er auf einen kleinen Befehl „in hohem Grade aufgebracht und tobt in seiner Zelle“. Immerhin ist sein Gesammtbetragen ungewöhnlich und das Zeugniss lautet bei seinem Abgang am 17. Juni 1897, „dass er sich sehr schlecht geführt hat. Sein Bestreben war darauf gerichtet, sich den Aufenthalt in der Anstalt so angenehm wie möglich zu machen und die Anstaltsbeamten bis zur äussersten Grenze zu chicaniren.“ Vom 24. August 1897 bis 24. Mai 1898 verbüsste er dann wieder wegen Diebstahls im Rückfalle und Betrugs eine Gefängnissstrafe in C. Anfangs ist sein Verhalten schlecht. Er hänselt einen Aufseher: „Du bist ein ganz schöner Kerl, aber solche Mützen tragen nur die Nachtwächter.“ Bestraft, benimmt er sich im Arrest mehrere Tage scheusslich, schreit und tobt furchtbar, beschimpft die Beamten in der unfläthigsten Weise, beschmiert sich und die Wände mit Koth. Schliesslich giebt er jedoch klein bei und verhält sich in der Folge relativ erträglich, arbeitet allerdings recht wenig und markirt gern den kranken Mann. Wegen Betrugs und schweren Diebstahlsversuchs befindet er sich dann vom 3. November 1898 bis 2. Mai 1900 im Zuchthaus in D. und S., nach einer Untersuchungshaft in C., in der er sich scheusslich führte. Er arbeitet schlecht, drückt sich, wo er kann, ist oft sehr frech gegen die Beamten, sehr leicht erregt, spielt den Kranken. Er beschimpft einmal den Lazarethaufseher in roher Weise, ihm gebühre eine gute Behandlung, er sei Prinz und habe edles Blut in seinen Adern. Sonst spielt er die Prinzenrolle nie. Kommt er wegen seiner Frechheit in Arrest, rast und tobt er stets, singt, pfeift und beschimpft die Beamten. Im Ganzen ist er aber geordneter in seinem Verhalten wie früher. Im Herbst 1900 befindet er sich wiederum zur Beobachtung in der Provinzial-Irrenanstalt G. auf Veranlassung des Gerichts in E., wo er wieder wegen mehrerer Diebstähle und Hehlerei unter Anklage stand. Er wird als sittlich verkommener und geistig entarteter Mensch geschildert, der aber nicht geisteskrank im Sinne des § 51 St. G. B. ist. . . . . Das gerichtliche Urtheil lautet auf drei Jahre Zuchthaus.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Während des Strafvollzugs zuerst in W., dann in D., verhält er sich sehr schlecht, ist masslos frech und renitent. Wie früher tobt er in der Arrestzelle wie ein Wahnsinniger, schüttet das Essen in den Kotheimer, beschmiert sich und die Zelle mit Koth. Das Gesicht beschmiert er mit Blut, das von einer Kopfwunde, die er sich beibrachte, herrührte. Beim Verbinden der Wunde schreit er: „Was wollt Ihr, ich bin der Vorstand.“ Er weigert sich mit spazieren zu gehen, will gefahren werden, nennt sich ein anderes Mal „Kaiser“ und „Prinz von Hohenzollern“. Die Beamten beschimpft und verleumdet er bei der Behörde in scheusslicher Weise. Er ist höchst unsauber und ekelhaft, wäscht sich nicht; er arbeitet nur sehr wenig. Weder durch Strafen noch durch gütiges Zureden ist irgend etwas zu erreichen. Mehrmals muss er in Ketten gelegt werden, um ihn zu bändigen. In Uebereinstimmung mit dem Anstaltsarzt beschliesst die Beamtenconferenz seine Ueberführung in die Irrenabtheilung nach Cöln zu beantragen. In dem Antrag sind die disciplinaren Bestrafungen seit dem Jahre 1875 zusammengestellt, ein recht widerliches, trübes Bild, Lattenarrest, Dunkelarrest, eine sehr lange Zeit Fesselung, Peitschenhiebe; daneben ist aber zu vermerken, dass auch aus den Acten hervorgeht, dass es dem G. trotz seines scheusslichen Benehmens, das nicht minder den Gefangenen als den Beamten lästig, oft qualvoll und gefährlich war, an sehr mildem und wohlwollendem Entgegenkommen nicht gefehlt hat; doch schlug diese Art, ihn zu behandeln, ebenso fehl wie die Strenge. Im Antrag war ausgeführt: „Wenn man das ganze Leben dieses Menschen betrachtet, die von ihm verübten Schandthaten von Jugend auf, ferner die unzähligen und schärfsten Disciplinarbestrafungen, die alle ohne jeglichen Erfolg bei ihm geblieben sind, so muss man auf den Gedanken kommen, dass G. geistig nicht normal ist, sondern im Gegentheil geistig einen grossen Defect aufweist, der allem Anschein nach ihm angeboren sein muss. Denn menschlichem Ermessen nach müsste man doch denken, dass ein Mensch, wenn auch heruntergekommen durch Missgeschick oder verfehlte Erziehung, nach solchen Vor- und Disciplinarstrafen die Schlauheit haben müsste, wie sie viele alte rückfällige Verbrecher besitzen, sich das Leben in der Strafanstalt nicht unnöthig schwerer zu machen, als es schon ist. Bei G. ist aber gerade das Gegentheil der Fall. Selbst eine unverwüstliche und unermüdliche Hartnäckigkeit in der Befolgung seiner Pläne im Strafhause müssten bei den erlittenen Strafen etc. ihm doch endlich die Einsicht bringen, dass aller Trotz nichts nützt.“

G. wird der Irrenabtheilung zugeführt am 21. December 1901. Es ist ein mittelgrosser Mann von etwas schwächlich entwickelter Muskulatur und wenig gutem Ernährungszustand. Die Hautfarbe, die Schleimhäute sind blass, anämisch; die Haut ist welk. G. ist gealtert, sieht älter aus, als er thatsächlich ist. Das Schädeldach ist länglich oval, symmetrisch, wohl gebaut. Auch der Gesichtsschädel ist ebenmässig entwickelt, ohne Auffälligkeit. Gaumen mässig gewölbt, gute Zahnbildung. Die Gesichtszüge sind schlaff, die Gesichtsmuskulatur wird träge, doch gleichmässig innervirt. Die Augenspalten sind ziemlich klein. Die Pupillen sind mittelweit, gleich, reagiren etwas träge. Der Gesichtsausdruck hat etwas verschmitzt

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lauerndes, ist entschieden intelligent. Die Zunge wird gerade, zitternd vorgestreckt. Die gespreizten Hände zittern ein wenig, die Sehnenreflexe sind mittelstark. Die Brust- und Bauchorgane erweisen sich als gesund. Auf den Brust- und Bauchdecken befinden sich zahlreiche kreuz- und querverlaufende alte Narben, von denen die Bauchnarben besonders tief gefurcht und lang sind; ebenso befinden sich grosse alte Narben am rechten Oberarm, kleinere an beiden Vorderarmen. Die Sprachweise ist wechselnd, oft schleppend, leidend, leise, klagend, stets monoton in hoher Stimmlage, zu anderen Zeiten sehr laut, heulend. Silbenstottern ist nicht vorhanden. Die Sensibilität ist intact. Ebenso ist der Gang wechselnd; G. geht oft unauffällig, langsam, oft gravitätisch, oft tanzend, hüpfend, ebenso ist seine Haltung oft schlaff, gebückt, zu anderen Zeiten hocherhoben; Alles dies wechselt je nach der Stimmung, die manchmal ruhig nachdenkend, kurze Zeit etwas missmutig erscheint, zu anderen Zeiten sehr ausgelassen ist. — Ich bemerke, dass eine körperliche Untersuchung erst ca. 8 Tage nach seinem Eintritt möglich war, nachdem er sehr viel über sein Elend auch sein körperliches Befinden geklagt hatte in der ausgesprochenen Absicht, sich Vortheile zu verschaffen und sich endlich auf langes Zureden bereit erklärte, sich untersuchen zu lassen; auch während der Untersuchung fing G. bald an kindische Faxen zu machen, vor dem Spiegel Hanswurstereien zu treiben; er ergriff u. A. mein Höhrrohr, um mich nunmehr zu untersuchen. Sonst war er von Anfang an auch gegen mich abweisend, verhöhnte und verspottete auch mich laut, wenn ich ihm zuredete, meinte, die Aerzte seien durchweg Lumpen und Gauner; er meinte, das könne jeder sagen, er sei Arzt; ich möge ihm zuerst mein Patent zeigen. . Seine intellectuellen Fähigkeiten sind recht gute. Seine Kenntnisse sind weit umfangreicher, als man sie gewöhnlich bei alten Zuchthäuslern findet; z. B. weiss er in Geschichte und Geographie ganz gut Bescheid. Er rechnet genügend. Sein Vorstellungskreis ist kein enger. Ueber staatliche Einrichtungen, Religion etc. gibt er gute Auskunft; im Allgemeinen verfügt er auch über ein gutes Gedächtniss, weiss recht gute Auskunft zu geben über seine Vergangenheit, seine Jugendjahre, seine Bestrafungen, meist mit Angabe der Zeit. Wohl behauptet er, dass er über viele seiner Ausschreitungen im Gefängniss, auch über seine Selbstbeschädigungen eine Erinnerung garnicht, oder nur ganz verschwommen besitze; er sei damals sehr erregt gewesen. Auf Befragen behauptet er, dass er im Gefängniss ein paar Mal in seiner Zelle Stimmen drohenden Inhalts gehört habe, die ihn ängstigten. Es seien ihm von draussen Drohungen zugerufen worden. Gesichtstäuschungen scheint er nach seinen in dieser Hinsicht unklaren Aeusserungen nicht gehabt zu haben. —

G. ist sich von Anfang an vollkommen klar über seine ganze Situation, über Ort und Zeit, über seine Umgebung; er weiss, dass er sich zwecks Beobachtung in der Irrenanstalt befindet. Er zeigt in jeder Hinsicht absolute Klarheit. Er beobachtet die ganze Umgebung sehr genau, nicht nur die Gefangenen, sondern auch Arzt und Aufsichtspersonal. Er findet sehr bald an ihnen besondere Eigenthümlichkeiten heraus, die er in oft verletzender, taktloser, witzig sein sollender Form zum Besten gibt; er belegt die Leute viel-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fach mit Spitznamen, die er nach solchen nicht ganz unzutreffenden Beobachtungen fabricirt. Bei näherer Beobachtung fällt dabei auch besonders auf, dass er von vornherein Alles auskundschaftet und beobachtet in egoistischem Interesse. Er findet sehr bald heraus, welche Vergünstigungen gewährt werden können, wie er es anstellen muss, um sie zu erhalten, auch was er aus der Eigenart der einzelnen Aufseher für sich herausschlagen kann. Auch die Kranken beobachtet er genau und macht über sie manche zutreffende Bemerkung auch bezüglich ihres Geisteszustandes. Sein ganzes Thun und Treiben ist indess von vornherein ein ungewöhnliches und zeitweise recht unangenehmes. In monotoner, langsam schleppender, wimmernder, klagender und heulender Weise mit vielfach kindlicher Wort- und Satzbildung bringt er seine Klagen und Anliegen vor. Er hat viele Klagen bezüglich seines körperlichen Befindens, ist sehr wehleidig und will in Wolle gepackt sein. Kopf, Brust, Bauch, Beine, Nerven alles ist angegriffen; er klagt über rheumatische Schmerzen, kalte Füsso und Schwäche. Dementsprechend hat er auch viele Wünsche hinsichtlich Bekleidung, Beköstigung und Lagerung. Soweit sie auch nur einigermassen begründet erscheinen, und nicht gegen die Hausordnung verstossen, werden seine Wünsche auch berücksichtigt. Allerdings kommt er auch in ironischer Weise mit Wünschen, die unausführbar sind wie er recht gut selber weiss; er will schlemmen, verlangt Sect und Leckerbissen. Er raisonnirt über die Gefängnissbeamten in D., belegt sie mit den gemeinsten Schimpfworten, behauptet, man habe ihn vergiften, vernichten wollen und er droht, sich blutig rächen zu wollen, wenn er wieder aus dem Gefängniss herauskommt. Ständig zeigt er eine überlebhafte Phantasie. Mit Vorliebe hält er sich in allen möglichen phantastischen Vorstellungen auf, erzählt die unglaublichsten Dinge, die er erlebt; es bereitet ihm das grosse Freude. Er äussert auch Grössenideen, behauptet, er sei kein Zuchthäusler; ihm gebühre eine gute Behandlung, er sei Prinz, sei der Kaiser, sei Kaiser Friedrich, er habe schon 13 Jahre im Grabe gelegen. Dann verlangt er zum Kaiser, um sich zu beschweren. Er bringt solche Dinge vor ohne jeden Zusammenhang mit seinen sonstigen Reden und seinem sonstigen Verhalten und aus seiner pfiffig lächelnden Miene ist sofort zu erkennen, dass er an diese Dinge selbst keinen Augenblick glaubt; oft lacht er darüber überlaut. Er macht viele ekelhaften zotigen Redensarten, ist ganz schamlos in dieser Beziehung. In gefühlloser Weise verspottet er arme bedauernswerthe Kranke, will ihnen auch zu Leibe gehen, woran er verhindert werden muss. Von kräftigen Genossen hält er sich in dieser Beziehung fern. Offenbar gefällt es ihm Anfangs in der Irrenabtheilung garnicht schlecht. Er spielt den schwerleidenden Mann, geht langsam schleichend auf und ab; dazwischen während dieses Verhaltens macht er aber auch seinen Jux, springt z. B. auf dem Spazierhof über einen anderen, in aufrechter Haltung stehenden Kranken hinweg und zeigt, wie behend er ist. Vielfach macht er auch tanzende und hüpfende Bewegungen, singt und pfeift lustig dabei und lacht oft überlaut vor Vergnügen über seine eigenen Scherze. Nach einigen Monaten wird er durch sein Gebahren sehr störend. In gemeinster Weise verhöhnt er die Aufseher und sucht sie in den

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Augen der Gefangenen verächtlich zu machen. Dabei kennt er gar keine Grenzen. Er wirft ihnen alle möglichen unwahren Dinge vor, belegt sie mit Spitz- und Schimpfnamen, wirft ihnen in ganz scheusslicher Weise vor, wie armselig und traurig doch ihre ganze Stellung sei, wie sie um so geringen Lohn eine derartige niedrige Thätigkeit verrichten könnten und dabei noch die Kühnheit hätten, befehlen zu wollen. Er bringt solche Dinge in äusserst verletzender schamloser Weise vor, sodass er zeitweise ganz getrennt von den anderen Gefangenen gehalten werden muss. Auch den Arzt beschimpft er oft laut, bedroht ihn, wenn ihm eine Bitte abgeschlagen wird und macht mehrfach Miene, ihn thätlich anzugreifen. Er querulirt, beschwert sich, glaubt sich schlecht behandelt und glaubt maltraitirt zu werden. Er zeigt sich ausserordentlich reizbar; wenn ihm etwas in die Quere kommt, ein Wunsch abgeschlagen wird, wird er oft masslos erregt, tobt und scandalirt, brüllt furchtbar, schlägt um sich, macht Angriffe auf Aufseher und Gefangene, ist allerdings nicht schwer zu bewältigen. Periodenweise ist er Tag und Nacht unruhig, schläft dann garnicht, singt, pfeift, johlt und klagt überlaut, tanzt ausgelassen herum und droht zu demoliren, singt, dass es weithin schallt, zotige Lieder, ruft Beamten, die er vorbeikommen sieht, die scheusslichsten, meist unsittliche Dinge zu. Zureden ist er garnicht zugänglich; auffallend ist, dass er meistens mit seinem scheusslichen Benehmen egoistische Zwecke verfolgt; er sucht irgend etwas durchzusetzen, was ihm abgeschlagen war z. B. Weinzulage; hat er seinen Zweck erreicht, so bescheidet er sich, allerdings nur ganz kurze Zeit und ist wieder ruhig. Nach einer Scopolamineinspritzung, die er in einem Zustand derartiger Erregung erhielt, äussert er tagelang Vergiftungsideen, glaubt alle möglichen Krankheitserscheinungen zu verspüren, die er darauf zurückführt. Sonst will er im Allgemeinen von Ideen von Verfolgtsein nichts wissen, sondern lässt sich's wohlsein und verfolgt nur in rohester und rücksichtslosester Weise seine egoistischen Interessen. Wo er nur ist, wirkt er sehr störend, ob in der Einzelzelle oder in gemeinsamer Haft oder in der Tobzelle; im Allgemeinen wird er in der Einzelzelle gehalten wegen seines üblen Einflusses auf die Mitgefangenen. Wird er spazieren geführt, so beträgt er sich in solchen Zeiten der Erregung manchmal ganz thierisch, wälzt sich auf der Erde, singt und brüllt und ruft zotige Dinge. Er ist äusserst ekelhaft, sehr unmanirlich, schmiert Nasensecret herum, bespuckt manchmal die Beamten, wirft ihnen das Essen in's Gesicht und lacht dann höhnisch. Periodenweise ist er ruhiger und lässt sich mehr etwas sagen. Er ist dann im Ganzen zugänglicher, ist sogar oft gesucht höflich, lobt Arzt und Aufseher über die Maassen, überschüttet sie mit Complimenten und Liebenswürdigkeiten, allerdings stets sehr ironisch dabei lächelnd; die Hände reibend thut er sehr gnädig und wohlwollend und bedankt sich für die gute Behandlung. Er schreibt mir dann auch freundliche Briefe, die allerdings ebenso absonderlich sind, wie sein ganzes Verhalten. Er lässt sich dann auch auf längere Gespräche ein, die ganz Bemerkenswerthes zu Tage fördern. Er bittet mich um Hülfe, klagt, ein wie armer Kerl er sei, wie es ihm seit früher Jugend schlecht ergangen habe, was er hätte leiden müssen. Er meint,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

er gehöre nicht ins Zuchthaus und sei immer unschuldig verurtheilt worden. Bei Gericht habe Niemand ihn und seine Art verstanden. Er hält sich geistig für zeitweise krank. Er sei oft sehr aufgeregt. Zeitweise sei er wie im Dusel, wie betrunken, ohne irgend etwas getrunken zu haben; in diesem Zustand begehe er strafbare Handlungen, die ganz sinn- und zwecklos seien und von denen er thatsächlich auch keinen Nutzen habe. Es sei ihm oft gewesen, als ob er in seinem Dusel gedrängt werde zu solchen Handlungen und oft habe ihm auch die Erinnerung an das Vorgefallene gefehlt. Auch erzählt er ganz spontan in ausführlicher Weise mehrmals, dass er viel und gern in phantastischen Ideen sich aufhalte, an deren Wirklichkeit er indess niemals glaube bei nüchterner Ueberlegung.

Er bilde sich oft tage- und wochenlang ein, etwas ganz Hohes zu sein, ein Prinz, der Kaiser, er sei verlobt mit einer Prinzessin. Er fühle sich in solchen Ideen sehr glücklich und lebe ganz in ihnen. Auch der Aussenwelt gegenüber müsse er dann diese Rolle spielen. Er sei auch im Gefängniss oft ganz wirr im Kopf, und wisse oft gar nicht, woran er sei. Er dankt mir dann für meine Sorge, die ich ihm angedeihen lasse und bittet mich flehentlich, ich möge ihn doch aus dieser schrecklichen Situation erretten und ihm zur Freiheit verhelfen. Seinen obigen Angaben entsprechend war zu beobachten, dass er oft tagelang gravitätisch hoch erhoben einhergeht, gnädig grüsst, Aufseher und Mitgefangene von oben herab behandelt; er nennt sich dann Prinz, Fürst, spricht von seiner hohen Braut, ist aber dabei nicht minder gemein in seinen Redensarten und seinen Handlungen und lacht selbst oft überlaut, dass es weithin schallt, über seine Rolle. Zu ganz kindischen Scherzen ist er immer aufgelegt und freut sich diebisch darüber. Gegen Mitgefangene ist er niemals vornehm, auch nicht als Fürst. Er verspottet sie, bestiehlt sie, wo er nur kann, macht Tauschgeschäfte, wobei er sie betrügt, füllt z. B. leere Eier mit Wasser, verklebt die Oeffnungen mit Papier und sucht diese Eier gegen Schinken umzutauschen. Oft redet er heimlich mit ihnen, hetzt sie auf gegen die Beamten, instruirt sie; bemerkenswerther Weise behält er bei solchen Gesprächen die sonstige auffallende Sprechart nicht bei, sondern redet wie ein jeder gewöhnliche Mensch. Zu allen Zeiten documentirt er eine grosse Eitelkeit. Er beschäftigt sich sehr viel mit dem Spiegel, äussert oft in läppischer Weise, dass er doch ein schöner Kerl wäre. Seinen Bart pflegt er tadellos. Er beschäftigt sich im Allgemeinen gar nicht, wohl liest er hier und da etwas, doch nur kurze Zeit, da er zu guten und schlechten Zeiten stets eine gewisse bald grössere, bald geringere Unruhe zeigt, die ihn zu einer irgendwie anhaltenden Beschäftigung gar nicht kommen lässt. Während der ganzen Zeit der Beobachtung war zu bemerken, dass er seine Ideen, die Grössenideen, in denen er zeitweise sich gefiel, die Ideen der Beeinträchtigung, die er besonders Anfangs äusserte, in consequenter Weise nie beibehielt und durchführt, sondern er bringt sie nur vor in wirrem Wechsel; aber stets, auch wenn sie sich übertragen auf sein Handeln und Gebahren, herrscht der Eindruck des bewusst Gemachten vor. Man kann mit Sicherheit sagen, dass er sich nicht einen Moment unklar war über seine Persönlichkeit und seine Lage, und dass er von der Irrealität seiner

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geäusserten Wahnvorstellungen keinen Augenblick im Zweifel war, er macht seinen Ulk damit; er hat selbst die grösste Freude an seinen theatralischen Vorstellungen. Oft predigt er, dass es weithin schallt, in pastoraler Weise, redet hohe Töne über Nächstenliebe, bringt dabei Beschuldigungen vor, predigt Rache und flicht Zoten und schweinische Redensarten in seine Predigt ein. Anzeichen dafür, dass er an Sinnestäuchungen litte, haben sich nicht gezeigt; auch seine Selbstgespräche, die er vielfach führte, standen mit Sinnestäuschungen nicht im Zusammenhang. Seine Eingaben an die Behörden enthalten ebenfalls in gleicher Weise wirren burlesken Unsinn. Z. B. ein langes Schreiben an den Kaiser, dem ich nur einige Stellen entnehme: „Grossmächtigster Kaiser! Ich bin seit Jahren schon verbannt, hinter Schloss und Riegel eingekerkert. Sieben Jahre bei Wasser und Brod in einem unterirdischen Verliess auf der Pritsche zugebracht. Ketten, Peitschenhiebe, Latten und Zwangsjacken ist meine Erholung. Ich habe die ganze Menschheit durch mein bitteres Leiden erlöst. Ich habe die Sünden der ganzen Welt gebüsst. Alle Geschöpfe auf und unter der Erde müssen niederfallen und mich anbeten. Wo ist meine Braut, wo ist meine Gattin? Ich bin unschuldig in der Verbannung; ich soll umkommen, soll verschmachten. Die Minister und Staatsanwälte haben mir meine Güter eingezogen. Die meineidigen Schurken und Tyrannen von Staatsanwälten und Doctoren, die Bluthunde und Teufelshandlanger von Minister und Justizbeamten, sie alle haben meinen Untergang geschworen; sie verprassen mein Vermögen, fressen, saufen und huren, dass ihnen die Arschlöcher aufstehen. Meine Brillanten und Diamanten sind mir gestohlen worden. Ich bin ein gütiger, milder Fürst, dem das Wohl seines Volkes am Herzen liegt . . . Mein theurer Neffe, König und Herr! Ich hatte mich mit der Prinzessin Wilhelmine Emma Wiegant aus Thüringen verlobt; sie starb aber innerhalb 6 Wochen in Italien. Die Prinzessin war äusserst hübsch . . . Der Fürst Bismarck war äusserst eifersüchtig auf meine Verlobte. Ich habe ihn aber mit dem kleinen Finger aus dem Sattel gehoben." . . . Es folgen dann Betrachtungen über Eheglück, Zukunftspläne, Versprechungen, Gedichte.

G. war in der Irrenabtheilung vom 21. Dezember 1901 bis 28. Juni 1902. In dieser ganzen Zeit hat er sich nie ganz unauffällig und normal betragen. In seinen Reden, in seiner Sprechart, in seiner Stimmung, seinem ganzen Gebahren erschien er anormal; durch seine Charaktereigenschaften und seine Führung imponirte er von vornherein, wie ich dies in dem Maasse kaum wieder sah, als eine ganz scheussliche, ekelhafte, absolut gefühllose, rohe, thierisch entartete Persönlichkeit. Hervorzuheben ist besonders, dass sein Verhalten periodenweise in mancher Hinsicht ein verschiedenes ist. Bis Mitte Februar war er unruhig, wenig zugänglich, zu Tollheiten, Ausschreitungen besonders aufgelegt; es machte sich seine Unruhe auch Nachts geltend. Von Mitte Februar bis Anfang April war er entschieden ruhiger, zugänglicher, hier und da zu trüben Betrachtungen über seine Vergangenheit und zu Grübeleien geneigt; auch fügte er sich verhältnissmässig leidlich der Hausordnung während dieser Zeit, war aber auch damals etwas erregt und sehr reizbar; er war während dieser Zeit nicht gerade melancholisch verstimmt, zeigte keinerlei Hemmung,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sondern er liess es sich wohl sein und suchte seine Interessen zu verfolgen, machte auch dazwischen seine Scherze. Sein Verhalten näherte sich in etwa mehr dem normaler Gefangener. Von Mitte April bis zur Entlassung war er sehr erregt, ausser Rand und Band, schlief Nachts sehr wenig, oft gar nicht. In dieser Periode trat auch sein scheussliches Benehmen besonders in die Erscheinung. Ein Zustand von Bewusstlosigkeit oder Trübung des Bewusstseins war während dieser Zeit nicht vorhanden. Nur einmal schien er an einem kurzen Zeitraum von ca. einer Viertelstunde, während welcher er nach einer Streitigkeit mit einem Mitgefangenen in grosser Erregung scandalirte und zu demoliren begann, eine ganz klare Rückerinnerung nicht zu haben, speciell nicht zu wissen, wie er dazu kam, Dinge zu zerstören.

Auf Grund meiner Beobachtung kam ich zu der Ueberzeugung, dass G. geisteskrank und nicht strafvollzugsfähig ist, dass er an degenerativer Geistesstörung leidet. Am 28. Juni 1902 wurde er aus der Haft entlassen und kam in das Bewahrungshaus nach D., wo er sich noch befindet.

Wie ich aus dem Krankenjournal der Anstalt D., dessen Einsichtnahme mir gütigst gestattet wurde, ersehe, gehörte er anfangs zu den schwierigst zu behandelnden Kranken der dortigen Anstalt. Auch dort tritt seine absolute moralische Gefühls- und Empfindungslosigkeit in erster Linie hervor. Schamlos handelt er gegen Kranke, gegen Aerzte und Aufseher, welch letztere er je nach Auswahl, welche durch seinen Egoismus bedingt wird, in der gemeinsten Weise verdächtigt und beschuldigt. Mit Consequenz und wohl überlegt verfolgt er nur seine egoistischen Ziele. Er fällt ferner auf durch grosse Eitelkeit, sein ständig gehobenes Selbstgefühl, ferner durch seine grosse Heuchelei und widerlichen Cynismus. Unter Anderem hält er unter dem Weihnachsbaum an die Kranken eine nach Form und Inhalt ganz gute, etwas pastorale Rede, in welcher er auch über christliche Tugenden, Nächstenliebe hohe Töne spricht, wie er dies oft auch sonst thut. Er fühlt allerdings selbst nicht das Mindeste dabei. Er hält sich auch in D. gern in phantastischen Vorstellungen, in Grössenvorstellungen, auf. Aber auch hier wird constatirt, dass er über die Wirklichkeit jeder Zeit völlig klar ist. Er ist auch dort äusserst reizbar. Dann war in der langen Zeit der Beobachtung in recht interessanter Weise und mit grosser Deutlichkeit zu beobachten, dass Zeiten der Erregung und verhältnissmässiger Ruhe in periodischem Wechsel, in ganz ungleichen Zeiträumen und mit ganz allmäligen Uebergängen einander ablösen. Sein scheussliches Verhalten, durch welches er zeitweise ungemein lästig und auch gefährlich erscheint, während dessen er auch dort eine Selbstverstümmelung begeht, fällt hauptsächlich in die Zeit der Erregung. In den Zeiten verhältnissmässiger Ruhe kann er ganz nett sein; er betheiligt sich dann auch bei der Arbeit.

Auch in D. wird festgestellt, dass von einer intellectuellen geistigen Schwäche absolut keine Rede bei ihm sein kann. Recht bemerkenswerth ist sein Verhalten seit der Zeit, als die Frage der Entmündigung erwogen wurde, eine Frage, welche für ihn wegen der Entlassung aus der Irrenanstalt ja von grosser Bedeutung ist, was er sofort einsieht. In Folge seines unbändigen Freiheitsdranges sieht er sich von dem Moment an zu einer Aenderung in seinem

Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Verhalten veranlasst. Er hält sich seither ganz gut, ist zugänglich, fast normal; mit seinen Schaustellungen und Ideen tritt er gar nicht mehr hervor; sein ganzes Gebahren ist ein anderes, so dass der Richter auf Grund seiner eigenen Beobachtungen kaum zur Ueberzeugung kommen konnte, dass G. geisteskrank ist.

G. wurde übrigens auf Grund des irrenärztlichen Gutachtens doch entmündigt.

Je länger sich G. in der Irrenanstalt befindet, desto mehr nähert sich sein Gesammtzustand und sein Verhalten dem normaler Individuen. Die Erregung und Reizbarkeit tritt kaum mehr zu Tage, so dass die Frage der Entlassung in den Strafvollzug ernstlich in Frage gezogen wird.

Ich habe aus dem Material, welches mir zur Verfügung stand, diese wenigen Fälle herausgegriffen als Beispiele verschiedener Erscheinungsformen krankhafter Zustände, welche man unter dem Namen der moral insanity zusammenfasste.

Sind diese Leute krank? Unterscheiden sie sich in der Verbrecherwelt durch irgend etwas Besonderes und sind wir berechtigt, sie aus dem Gros derjenigen Verbrecher, welche wir Gewohnheits- oder Berufsverbrecher nennen, herauszunehmen und als Kranke zu behandeln, welche sowohl bezüglich der Frage der Strafvollzugsfähigkeit als der Zurechnungsfähigkeit zu berechtigten Zweifeln und Bedenken Veranlassung geben können? In allen mitgetheilten Fällen habe ich die Strafvollzugsfähigkeit verneinen müssen, nicht nur deshalb, weil thatsächlich ein Strafvollzug niemals an ihnen ausgeführt werden konnte, was doch schliesslich auch eine Berücksichtigung verdient, sondern auch besonders deshalb, weil ich die Strafvollzugsfähigkeit allein schon in Anbetracht der geistigen Verfassung verneinen zu müssen glaubte. Wenn ich die erst angeführten etwa wesensgleichen Fälle R. und W. herausnehme, so ist mir in dem Falle R. beigetreten worden, offenbar weil durch viele, theilweise sehr unliebsame Vorkommnisse das Abnorme der Persönlichkeit auch in der Irrenanstalt selbst mehr zu Tage trat. In dem anderen Falle W. drang ich mit meiner Ansicht nicht durch. Recht bezeichnender Weise erklärte mir der dirigirende Arzt der Provinzialirrenanstalt, in welcher W. zwei Mal untergebracht war, bezüglich dieses Falles: Wenn er zugegeben habe, dass W. abnorm sei, so sei dies nur so zu verstehen, dass W. in derselben Weise abnorm veranlagt sei, wie bekanntlich alle Verbrecher, nicht mehr und nicht weniger. Es wird meine Aufgabe sein, diejenigen Punkte hervorzuheben, welche mich veranlassen, einen anderen Standpunkt einzunehmen, sowohl in diesen einzelnen Fällen, als auch im Allgemeinen der ganzen Frage gegenüber.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ich möchte zunächst einzelne Symptome hervorheben, welche mir bei Beurtheilung des Gesammtbildes bemerkenswerth und wichtig erscheinen.

Im Falle W. sehen wir, dass er schon in der frühesten Kindheit ein ungewöhnliches Verhalten an den Tag legte. Er erwies sich in der Kinderzeit als absolut unerziehbar. Allerdings meint später der offenbar recht milde und von seinem Einfluss überzeugte Ortspfarrer, dass es ihm gelungen sei, den Burschen während der Vorbereitung zur ersten Communion für die Zeit seiner Beeinflussung zu einem ordnungsmässigen Leben zu bringen — was indes offenbar auch den Thatsachen nicht entspricht — und er schiebt die Schuld daran, dass W. gleich nachher sein Verbrecherleben wieder fortsetzte, besonders dem Umstande zu, dass dem W. eine gleich gute und feste Führung, deren er so nothwendig bedurfte, in Zukunft nicht zur Seite stand. Wir werden jedoch nicht fehl gehen, wenn wir dem Urtheil seiner Lehrer mehr folgen, welche ihn auch nach seinem damaligen Verhalten für einen „Unverbesserlichen" hielten. Von seinem sechsten Lebensjahre war er einem klösterlichen Waisenhause zur Erziehung übergeben und man kann wohl kaum ernstlich behaupten, dass das wilde perverse Verbrecherthum, welchem er schon so früh instinctiv nachging, nur oder auch zum grössten Theil dem Milieu und der Erziehung in die Schuhe geschoben werden kann. Es wird dies auch nirgends behauptet, sondern es wird nur gesagt, dass es nach seiner Entlassung aus dem Waisenhaus auch seiner Grossmutter nicht gelang, ihn zu meistern. Niemand konnte ihn überhaupt meistern, ausser vermeintlich für einige Zeit der Ortspfarrer. Als kleines Kind hatte W. schon einen Hang zum Verbrechen und wie stark dieser Hang bei ihm ausgeprägt war, ersehen wir aus dem Umstande, dass er im Alter von 9 Jahren in dasselbe Waisenhaus, welches ihn beherbergte, einbrach und die Almosenkasse raubte. Dieser wilde Trieb zum Verbrechen ist auch in der Folge überall, wo wir ihn verfolgen können, in ganz auffallender Weise bei ihm zu beobachten. Er stiehlt offenbar nicht zum Zwecke der Bereicherung hauptsächlich, sondern es ist mehr die Freude am Verbrechen selbst, was ihm Befriedigung verschafft, wobei andere Qualitäten, welche typisch sind für diese Art Verbrecher, und welche das Verbrecherheldenthum mehr und mehr zur Entwicklung kommen lassen, seiner ganzen Verbrecherart eine eigenartige Färbung verleihen.

In der Folge tritt, wo wir nur immer Gelegenheit haben, sein Verhalten genauer zu beobachten, überall ein erregtes Wesen, eine Unstätheit und Ruhelosigkeit zu Tage, eine Eigenschaft, welche ihn ebenfalls offenbar schon als Kind beherrschte. Nirgends hält er später

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stand, niemals sehen wir ihn deshalb eine Berufsthätigkeit ergreifen. Er treibt sich von einem Ort zum andern, von einer Gegend in die andere unstät umher. Seine in dieser Beziehung interessanten Mittheilungen decken sich mit dem, was actenmässig festgestellt ist. In der Mordnacht und in den Tagen vorher wandert er mit seinem Gesellen, den er anführt, weite Wegestrecken, bricht hier und dort ein, demolirt in seiner Unruhe einen geraubten Gegenstand, den er nicht gebrauchen kann. Im Gefängniss zeigt er dies Verhalten ebenfalls in ganz intensiver Weise. Alles wird hier mit ihm versucht, nirgends hält er aus. Er arbeitet nur ganz kurze Zeit, dann ist ihm dies wieder zuwider und er verlangt nach etwas Neuem; auch bei Arbeiten, welche sonst nervösen, geistig krankhaften Naturen anderer Art äusserst begehrenswerth sind, z. B. Arbeiten im Freien, im Weinberg, hält er es nicht aus. Alle Versuche, ihn zur Ruhe und einer gewissen Stetigkeit zu bringen, schlagen fehl. Er wirkt durch dieses sein Wesen überall äusserst störend. Wir sehen aus den Gefängnissacten, dass er zeitweise im Strafvollzug sich äusserst toll beträgt. Er brüllt, tobt und demolirt und muss verschiedentlich in Ketten gelegt werden, eine Procedur, welche ihn allerdings noch mehr erregt. In der Irrenabtheilung konnte man nun die Beobachtung machen, dass er dauernd etwas erregt ist. Von Zeit zu Zeit macht er sich durch ein scheussliches Verhalten, durch ein Gebahren, welches absolut sinn- und vernunftlos ist, besonders störend bemerkbar. Wenn nun auch stets zu beobachten war, dass er durch ein solches Treiben irgend etwas zu erreichen beabsichtigte, so war doch nicht zu verkennen, dass dieses Verhalten wesentlich verursacht war durch eine gesteigerte Erregtheit; es war dabei ein zeitweiliges Anschwellen seiner dauernden psychischen Erregtheit zu constatiren.

Einen Beschäftigungstrieb hat er nicht. Ich hebe hier hervor, dass im Gefängniss zu beobachten ist, dass das Gros der Gewohnheitsverbrecher Beschäftigungslosigkeit sehr schwer empfindet.

Weiter wird im Gefängniss bei ihm überall ein sehr läppischer, kindischer Zug, welcher im krassen Widerspruch steht zu dem Herrenbewusstsein, welches er sonst renommistisch zur Schau trägt, als sehr auffallend beobachtet. Wegen dieses Zuges halten ihn auch die übrigen Gefangenen für einen dummen Jungen und er findet deshalb keinen Genossen, der ihn bei seinen Plänen unterstützt.

Ein weiterer Zug, welcher ständig an ihm beobachtet werden kann, ist die absolute Empfindungs- und Gefühllosigkeit in moralischer und ethischer Beziehung. Schon in früher Jugend sehen wir an ihm eine Roheit und Gefühllosigkeit, welche sich besonders gegen Thiere

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geltend macht, und später tritt dieser Defect überall in allen Lebenslagen in ganz frappanter, Jedermann verblüffender Weise zu Tage. Im Gefängniss zeigt er nicht das mindeste Verständniss für Schuld, Strafe und Strafvollzug. Er empfindet nicht freundliches Entgegenkommen und Güte, Wohlthaten, wie sie ihm zahlreich zu Theil geworden sind, ebenso wenig aber auch Strenge und Strafe; er ist gänzlich unbeeinflussbar und unerziehbar auch hier. Durch Erfahrung geleitet, versuchen es die Gefängnissbeamten mit ihm mehr in Güte und sie folgen dem Irrenarzt, welcher strenge Bestrafung anempfiehlt, nur kurze Zeit. Zu einem ordentlichen Verhalten bringen sie ihn zwar auch durch Milde nicht; aber sie schädigen sich, ihre Autorität, die Disciplin und Ruhe der Anstalt weniger, als wenn sie Strenge anwenden, auf welche er nur mit doppelt scheusslichem Verhalten reagirt. Wie in seinen schamlosen Reden, so berichtet er auch in seinem Lebenslauf ganz ausschliesslich nur und in recht ekelerregender Weise von seinen Uebelthaten und er berichtet darüber ebenso wie ein anderer Mensch, welcher in seinem Lebenslauf von seinen verschiedenen Stellungen spricht, in denen er sich ausbildet und es zu einem tüchtigen Menschen bringt, welcher auf seine Arbeit und seine Erfolge mit Freude zurückblickt. Recht bemerkenswerther Weise für sein Fühlen und Empfinden ist ihm auch die erstrebenswertheste Thätigkeit, das Ideal eines Berufes, das Zuhälterthum, wie sich ja nicht wenige Individuen ähnlicher Veranlagung dem Zuhälterthum und Erpresserthum zuwenden.

Sein ganzer Gesichtskreis wird in ganz einseitiger Weise nur und vollständig ausgefüllt von seinen thierischen Leidenschaften, seinen niedrigen egoistischen Zielen und Wünschen, seinen verbrecherischen Handlungen. Für absolut nichts hat er sonst ein Interesse.

Reue und Scham oder auch nur eine gewisse Befangenheit ist niemals auch nur eine Spur bei ihm hervorgetreten; im Gegentheil verblüfft er Alle durch seine absolute Unempfindlichkeit selbst in Momenten, in denen Alles starr ist vor Entsetzen über seine furchtbare Blutthat; er ist der Einzige, der ganz unempfindlich bleibt. Er ist sogar freudig erregt und dünkt sich der Held des Tages.

Ferner weise ich hin auf die grosse Eitelkeit und Selbstüberschätzung. Er ist der Ueberzeugung, dass er an Klugheit und Intelligenz Alles überragt. Er macht sich lustig über Richter und Polizei. Er ist ihnen über und sie kommen nicht hinter seine Schliche und, wo er gefasst wurde, da hat er sie gehänselt, gefoppt und an der Nase herumgeführt. Er höhnt über Religion und gute Sitte und dünkt sich der Uebermensch, der sich über diese Dummheiten hinwegsetzen darf. Auch im Gefängniss setzt er sich unter Anderem auch in dieser Idee

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

über Ordnung und Disciplin hinweg. Er dünkt sich der Held, der Alles vernichtend siegreich durch die Lande ziehen darf, und dem man sich zu fügen hat. Er hat nach seiner Idee etwas Hohes, Hervorragendes geleistet, wenn er ein werthvolles Menschenleben, welches sich ihm bei seiner ihm zugewiesenen Arbeit entgegenstellt, vernichtet. Er ist ferner ein gelehrter Romanschriftsteller etc. Allüberall ist er der Herr.

Beiden Eigenschaften, der absoluten Gefühllosigkeit und der Selbstüberschätzung, entspringt der Cynismus, durch welchen W. auch die Richter und die Oeffentlichkeit auf's Aeusserste empört hat.

Cynismus ist eine Eigenschaft, welche man bei jugendlichen Verbrechern nicht ganz selten findet. Ein absichtliches Bestreben, in jugendlich leichter Weise sich über trübe Eindrücke hinwegzusetzen und nach Aussen hin den muthigen, vor Nichts zurückschreckenden Menschen zur Schau zu tragen, veranlassen nicht selten den jugendlichen Verbrecher, zumal nach einer schweren That, ein cynisches Gebahren an den Tag zu legen. Auch in sehr krassen Fällen wird man oft fehlgehen, wollte man daraus allein auf seelische Defecte, wie sie bei den hier beschriebenen Individuen zu Tage treten, schliessen. Ich möchte dies kurz an folgendem Beispiele zeigen:

Ich beobachtete im Jahre 1900 mehrere Monate hindurch einen 20jährigen Mörder, Schlosser P. W. aus S., welcher einen Cynismus besonders bei Gericht an den Tag legte, wie ich ihn in dem Maasse noch kaum gesehen hatte. W. war ein ganz beweglicher, geistig sehr reger, intelligenter junger Mensch, mit unauffälligem Körper- und Schädelbau, recht intelligentem Gesichtsausdruck. Zu Hause hatte er sich mit seinem Vater veruneint wegen der Berufswahl; er wollte Maschinentechniker werden, was der Vater nicht zugab. Er soll ein geschickter Mensch gewesen sein. Vater und Sohn wurden dabei später noch wegen eines kleinen gemeinsamen Vergehens zu einer kurzen Freiheitsstrafe verurtheilt; der Sohn, der sich unschuldig fühlte, sich bisher gut geführt hatte und unbestraft war, konnte es nicht über sich bringen, diese Strafe zu verbüssen und äusserst starrsinng, wie er war, verliess er die Heimat und begab sich auf Wanderschaft. Er fand keine lohnende Thätigkeit und gelangte auf seiner Wanderschaft schliesslich zu einer Karussel- und Schiessbudengesellschaft, die ihn bei sich in Brod setzte. Er kam hier mit verbrecherischen Elementen in Berührung, die sich bekanntlich ja nicht selten bei derartigen Gesellschaften einnisten und er wurde hier auf die Bahn des Verbrechens geführt. Ein Arbeitsgenosse verleitete ihn, mit ihm Streifzüge in die Umgegend zu machen und günstige Gelegenheiten zu Einbruchsdiebstählen zu erkunden. W. als der Gewandtere übernahm recht bald die Führung. Er fand Gefallen an diesem kühnen Treiben. In einer Wohnung, deren Inhaber verreist war, hausten die Burschen in scheusslicher Weise, demolirten die Möbel, schnitten die Polster entzwei und richteten eine grosse Verwüstung an.

Nachdem W. und ein anderer Cumpane durch verbrecherisches Treiben

Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

so aneinander gekettet waren, verliessen sie jenen Ort ihrer Thätigkeit und zogen schwer bewaffnet durch das Land, darin einig, Jeden, der sich ihnen hindernd in den Weg stellt, mit ihrer Waffe unschädlich zu machen. Auf ihrer Wanderschaft gelangten sie eines Tages im Bergischen Lande in eine Wirtschaft und hielten Rast. Durch Beobachtung stellten sie fest, in welchem Zimmer sich die Kasse befand und drangen in einem unbewachten Moment in diese Kammer ein. Die Mutter der Wirtin, auf das Geräusch aufmerksam gemacht worden, ging in die betreffende Stube und suchte die Räuber zu vertreiben, wurde jedoch von W. erschossen. Die Wirtin selbst, welche herbeieilte, wurde von W. ebenfalls durch einen Schuss schwer verletzt. Während es W. gelang, zu entfliehen, wurde sein Genosse bald gefasst und abgeurtheilt. Erst nach ca. 1 Jahr gelang es auch des W. auf recht eigenthümliche Weise habhaft zu werden. Später stellte sich heraus, dass er sich nach der That, jedenfalls während der längeren Monate, in denen man seine Lebensführung verfolgen konnte, sehr gut geführt hatte. So war er z. B. während einiger Monate Silberputzer in einem der ersten Cölner Hotels gewesen, verlobte sich während der Zeit, führte sich in jeder Weise ordentlich, auch in religiöser Beziehung, was das betreffende Mädchen besonders hervorhob. Er machte einen durchaus guten Eindruck auf die Leute.

Während der Untersuchungshaft legte er von Anfang an den Gefängnissbeamten, besonders aber den Richtern gegenüber auch in Briefen und Eingaben ein empörend cynisches Verhalten an den Tag. Er that, als ob ihm die ganze Affäre die grösste Freude machte und alles eine ganz scherzhafte Episode in seinem Leben sei. Auch in Briefen an seine Eltern schrieb er in dieser Art. Er spottete über Religion, höhnte über Gesetze und Gesellschaft und lachte über den Hokuspokus, den man jetzt mit ihm treibe. Als er die Anklageschrift erhielt, gab er sie lachend dem Aufseher, machte ihn in scherzhaftem Tone besonders aufmerksam auf die in der Schrift aufgeführte Verwüstung in jenem verlassenen Hause. Er lachte über diesen köstlichen Spass. Auch mir zeigte er den „Wisch“. Er ulkte über die Länge der Anklageschrift und meinte lachend dazu: „Die Kerls wissen mehr als ich; ich habe dies Zeug längst wieder vergessen.“ Ebenso sprach er mir gegenüber über seinen Vertheidiger: „Der Kerl kann mal kommen, wenn er will.“ „Er kann beim Schwurgericht wegen mir etwas schwätzen; doch was braucht man alle diese Umstände; Rüb ab, dann ist Alles fertig.“

Er pointirte übrigens in einer Weise, deren Richtigkeit mir recht zweifelhaft erschien, während seiner richterlichen Vernehmung, dass er sicher und fest auf die Frau gezielt und angelegt und dass er mit voller Ueberlegung und Absicht die Frau getödtet habe und er sagte mir „Tod oder Freiheit; unter die Botmässigkeit eines Anderen mein Leben lang mich stellen, das thue ich nicht.“

Verfehlungen gegen die Hausordnung liess er sich nicht zu Schulden kommen, sondern hielt sich sonst sehr gut, war ruhig, freundlich und ordentlich. Heiter war er nicht, sondern im Ganzen gedrückt. Jener ganz verblüffende, Jedermann empörende, sein ganzen Verhalten beherrschende Cynis-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mus in Verbindung mit seiner That erweckte in uns Anfangs die Ansicht, dass wir es mit einem ethisch und moralisch völlig unempfindlichen Individuum zu thun hatten. Allerdings zeigte er sonst nicht diejenigen Erscheinungen, welche wir bei den hier beschriebenen Individuen finden. Bei der Verhandlung erhob er sich nach den Plaidoyers auf die Frage des Vorsitzenden, ob er noch etwas zu sagen habe, und führte in guter, langer, ruhiger, offenbar ganz unvorbereiteter eindrucksvoller Rede aus, wie sein Entwickelungsgang war und seine Art ist, unter welchen Umständen er sein Elternhaus verliess und auf die Bahn des Verbrechens kam. Er bat die Geschworenen, nicht dem Antrage des Vertheidigers, sondern dem der Staatsanwaltschaft zu folgen und ihn des Mordes schuldig sprechen zu wollen, da der Gedanke, lebenslänglich im Zuchthause zu sein, ihm furchtbar sei; er habe aber das Wort besonders deshalb ergriffen, um nicht als solcher, wie er hingestellt worden sei, aus dem Leben zu scheiden. Er empfinde sehr schwer sein Verbrechen; auch wehrte er sich entschieden gegen die Behauptung, dass er kein religiöses und sittliches Empfinden habe etc. Er sei vollkommen falsch beurtheilt worden.

Diesen seinen Erklärungen, die durchaus keine Schauspielerei waren, entsprach vollständig sein Verhalten in der Zeit bis zur Vollstreckung der erkannten Todesstrafe. Durch verschiedenerlei Umstände wurde diese Zeit ausserordentlich lange. Wer Gefangene in dieser Situation gesehen hat, der weiss, wie qualvoll diese Zeit für sie ist, dieses unheimliche bange Warten Tag für Tag, diese ängstliche Spannung, die sich eines Jeden bemächtigt, der nicht stumpf seine Tage hinbrütet. Für einen abnormen, leicht erregbaren, zu geistiger Störung veranlagten Menschen sicher sehr geeignet, ihn aus dem seelischen Gleichgewicht zu bringen.

W. blieb bei seinem Wunsche, es möge das Urtheil vollstreckt werden. Seinen Cynismus legte er indess vom Tage seiner Verurtheilung völlig ab. Etwas Abnormes konnte an ihm nicht beobachtet werden. Er unterhielt sich gerne und viel in bescheidener, netter Weise. Ernst, würdig und ruhig bereitete er sich auf das kommende Ende vor. Als ich ihn Abends vor der Vollstreckung des bestätigten Urtheils besuchte, um ihm ein Schlafmittel für die Nacht zu geben, weigerte er sich absolut dies zu nehmen. Er verbrachte die ganze Nacht ausser Bett, ruhig und still sich vorbereitend zu. So ging er auch sicher und gefasst und wirklich erbaulich und reuig in den Tod. Nichts von Heldenthum war mehr zu beobachten. Die lange sorgfältige Beobachtung, die nicht nur ich, sondern auch der recht erfahrene, fein beobachtende ältere Geistliche in der langen Zeit nach seiner Verurtheilung vornahmen, brachte uns die Ueberzeugung, dass wir es mit einem normal empfindenden Menschen zu thun hatten.

Also der Cynismus, dieses Symptom allein beweist nach der besagten Richtung nichts Bestimmtes.

Kommen wir zum Falle W. zurück.

Als weitere Eigenschaft bemerken wir an W. einen grenzenlosen Egoismus; mit allen Mitteln sucht er nur seine eigenen rohen Be-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gierden zu befriedigen und es ist ihm völlig gleichgültig, ob und wie Andere durch sein Thun berührt werden. Ein Gefühl für und mit Anderen hat er nicht. Er bleibt ganz isolirt. Wer im Gefängniss Dienst gethan, der weiss, welcher Gemeinsinn, welcher Corpsgeist die Gefangenen im Allgemeinen verbindet. Jeder erfahrene Gefängnissbeamte muss und wird diese Eigenschaften respectiren bei Vernehmungen und mit grossem Takt gerade in dieser Beziehung zu Werke gehen. W. erweist sich in diesem Gemeinwesen auch in dieser Beziehung anders geartet und abnorm. Er bleibt und hält sich isolirt und ist nur bestrebt, andere Gefangene anzuschwärzen.

Eine fernere sehr bemerkenswerthe Eigenschaft ist seine überentwickelte, üppig wuchernde Phantasiethätigkeit. Fortwährend in seinen Reden, in seinen Schriften tritt sie in die Erscheinung. Sie spielt, wenn er seine Vergangenheit, sein tolles Verbrecherleben schildert, und wenn er Pläne schmiedet für die Zukunft. Sie giebt ihm den Gedanken ein, den Roman zu schreiben: „Die Tochter des Mörders."

Endlich weise ich hin auf die körperliche Verfassung. W. bietet in ausgeprägtestem Maasse körperliche Merkmale, welche wir als Degenerationszeichen ansehen. Der ganze Schädelbau, die Gesichtsbildung, der ganze Ausdruck sind nach dieser Richtung auffallend und bemerkenswerth schon beim ersten Anblick; als ein bekannter Irrenarzt diesen Menschen beim Durchschreiten des Anstaltsgartens erblickte, stutzte er und meinte: „Das ist ja ein Musterbild von Degeneration."

So haben wir also hier im Falle W.: Absolute Unerziehlichkeit und Unbeeinflussbarkeit, starke verbrecherische Triebe, welche wir bis in die Kindheit verfolgen können, Unstätheit und Ruhelosigkeit sein ganzes Leben hindurch, Mangel an Thätigkeitstrieb, Mangel an Geselligkeitstrieb, Egoismus, läppisches Verhalten, Eitelkeit und Selbstüberschätzung, Cynismus, erhöhte Phantasiethätigkeit, körperliche Degenerationszeichen und Alles überragend, absoluten Mangel aller ethischen Begriffe und Empfindungen, jedes Rechts- und Sittlichkeitsbewusstseins; dabei ist kein Schwachsinn im gewöhnlichen Sinne vorhanden. Der Ideenkreis ist ein beschränkter und concentrirt sich nur auf verbrecherische Dinge.

Ueber erbliche Verhältnisse wissen wir leider hier Nichts.

R. bietet etwa dasselbe Bild wie W. Bei ihm können wir schwere erbliche Belastung nachweisen. Was die Qualität als Verbrecher anlangt, so unterscheiden sich diese 2 Individuen in etwa dadurch, dass W. wohl etwas Grosszügigeres hat als R. Es hat sich bei R. entsprechend seiner ärmlicheren Phantasie und Art nicht jenes Verbrecherheldenthum herausgebildet; er geht mehr auf gewöhnliche Ströpperei

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aus, um sich damit seinen Lebensunterhalt zu verschaffen; doch ist auch ihm das Verbrecherthum ein Bedürfniss und eine Freude. Auch bei ihm können wir sehr starke verbrecherische Triebe bis in die Kindheit verfolgen. Das Milieu, in welchem er aufwuchs, war zwar, wie es scheint, ein ungünstiges und vielleicht allein schon geeignet, ihn auf die Verbrecherlaufbahn zu bringen; wenn wir jedoch dieses Moment mit in Berechnung ziehen, so müssen wir doch sagen, dass trotzdem sein Gesammtverhalten in den kindlichen Jahren etwas gänzlich Ungewöhnliches und Auffallendes ist. Wegen seines starken Hangs zum Verbrecherthum und Vagabondage wurde er hier und dort untergebracht und kam schliesslich in die Zwangserziehungsanstalt. Doch stellte sich auch bei ihm heraus, dass er vollkommen unerziehbar ist. Auch er zeigt die eigenthümliche Unstätheit und Ruhelosigkeit. Wir bemerken an ihm die innere Unruhe, welche ihn zeitweise etwas mehr beherrscht, als zu anderen Zeiten. Er zeigt eine ganz enorm starke Reizbarkeit. Er hat recht wenig Arbeitsbedürfniss; er arbeitet jedoch später bei besserem Verhalten unter Anleitung. Wir finden auch bei ihm eine äusserst rege Phantasiethätigkeit, welche auch zu Tage tritt bei seinen Simulationen und Lügereien, welche nach ihrem Inhalt theilweise auch charakteristisch sind für seine Defecte in der ethischen Sphäre. Die absolute Gefühl-, Empfindungs- und Schamlosigkeit tritt auch bei ihm in krasser Weise zu Tage, wo es nur ist. Auffallend sind bei ihm auch die verschiedenartigen Verbrechen an sich. Wir finden an ihm auch die Eitelkeit und Selbstüberschätzung, wenn auch in ärmlicherer Weise. Cynismus ist bei ihm beobachtet worden, dauernd ferner ein starker läppischer Zug. Er ist auch im Gefängniss unbeeinflussbar und ein Strafvollzug ist bei ihm nicht auszuführen. Er bietet körperliche Degenerationszeichen in ausgesprochenem Maasse. Sein Ideenkreis ist ein enger und concentrirt sich nur auf verbrecherische Dinge. Schwachsinnig im Allgemeinen ist er nicht.

Schliesslich will ich an ihm ganz besonders hervorheben den günstigen Einfluss, den der Aufenthalt und die Behandlung in der Irrenanstalt auf ihn ausübt. Während W. weiter tobt im Gefängniss, hat R. sich hier beruhigt; die Reizbarkeit tritt kaum mehr zu Tage: er arbeitet unter Anleitung und ist ganz nett. Die übrigen psychischen Eigenschaften bestehen fort in der bisherigen Weise.

Ein etwas anderes Bild wie diese 2 Individuen W. und R. bietet der Gefangene L. Es ist eine durchaus eigenartige Persönlichkeit, eine Verbrechernatur, wie wir sie nur recht selten zu sehen bekommen. Er hat im Rheinland eine gewisse Berühmtheit erlangt und zieht die Aufmerksamkeit weiter Kreise auf sich. Für die Irrenärzte und für die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verwaltung ist er ein wahres Kreuz geworden, weil die Anstalten in ihren Einrichtungen nicht genügen, diesen nach Freiheit ringenden, impulsiven Gewaltmenschen zurückzuhalten. Die Bevölkerung verschiedener Bezirke hält er wie ein unheimliches Gespenst, welches umgeht und die Phantasie von Jung und Alt spielen lässt, in Athem; theils flösst er Schrecken ein, theils erregt er ihr Interesse und erringt schliesslich ihre Sympathie. Die Aerzte in sehr grosser Zahl beobachten ihn seit langen Jahren und fragen sich: Ist er krank oder nicht? Ist er Paranoiker, kann man ihn den Dégénerés zuzählen, simulirt er? Die Ansichten gehen absolut auseinander. Für die Behörde ist der Streit vorläufig (doch wie lange?) zum Stillstand gekommen durch Gutachten und Obergutachten höchster Instanzen. Für die Aerzte ist der Fall noch lange nicht entschieden.

Ich will zuerst hier folgende Punkte hervorheben, die mir zur Beurtheilung des Falles bemerkenswerth erscheinen.

Ueber erbliche Belastung ist uns nichts Bestimmtes bekannt. Doch können wir wohl Alkoholismus in der Ascendenz als belastendes Moment mit einiger Wahrscheinlichkeit in Berechnung ziehen.

Körperliche Entartungszeichen bietet er gerade nicht in ausgeprägter Weise; doch müssen wir das ganz auffallende Zittern der Zunge beim vergeblichen Versuch sie hervorzustrecken, als ein Zeichen seiner neuropathischen Behaftung ansehen.

Auch bei ihm können wir verbrecherische Triebe bis in die früheste Jugend verfolgen. Das Milieu war es hier ganz entschieden nicht, was die Ursache dieses wilden, schon früh in die Erscheinung tretenden Verbrecherthums gewesen ist. Er hat den Eltern, wie mir glaubhaft versichert wird, durch sein Verhalten stets den grössten Kummer gemacht. Es erwies sich als Kind als vollkommen unerziehbar.

Als Kind war er gefühllos und roh gegen Thiere. Später fällt auf seine absolute Urtheilslosigkeit in Fragen der Moral. Er schämt sich seiner verbrecherischen Thaten nicht. Die Gesetze sind ihm reine Polizeiverordnungen, denen ein sittlicher Werth nicht innewohnt.

Es fehlt hier jegliches Arbeitsbedürfniss. Einer Berufsthätigkeit ist L. niemals längere Zeit nachgegangen.

Wir beobachten an ihm einen maasslosen Egoismus; er verfolgt nur seine egoistischen Zwecke. Im Gefängniss schliesst er sich Anderen nicht an, sondern hält sich isolirt. Bei diesem Verhalten wirken allerdings verschiedene Eigenschaften ursächlich zusammen.

Ausserordentlich auffallend ist seine Reizbarkeit und besonders sein anhaltend erregtes Wesen, welches zeitweise besonders stark hervortritt. In ganz charakteristischer Weise können wir eine grosse Unstätheit und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ruhelosigkeit in seiner ganzen Lebenshaltung auch in seinem verbrecherischen Treiben verfolgen und wir hören, dass er schon als Kind diese Unruhe gezeigt hat.

Eigenschaften, welche hier in ganz ungewöhnlichem Maasse in die Erscheinung treten, sind die ausserordentlich lebhafte Phantasiethätigkeit und sein überhebendes Wesen, seine Eitelkeit, seine Selbstüberschätzung, die Idee seiner Grösse. Die diagnostische Differenzirung ist gerade wegen dieser Eigenschaften bei ihm eine ganz besonders schwierige. L. hat ihretwegen von mehreren Gutachtern, auch von mir, zu verschiedenen Zeiten eine verschiedene Beurtheilung erfahren. Ich komme darauf noch zurück.

Auch bei L. möchte ich ganz besonders den wohlthätigen Einfluss der Irrenanstaltsbehandlung hervorheben. L. hat sich hier sehr beruhigt. Die Reizbarkeit ist zurückgetreten. Er hat sich mehr und mehr dem Zustande des Normalen genähert. Während er in der Freiheit und besonders im Strafvollzug grosse Unruhe zeigte, gänzlich unbeeinflussbar und im Strafvollzug nicht zu halten war, kann man jetzt gut mit ihm fertig werden. Er ist trätabel und macht nicht mehr die grossen Schwierigkeiten, wie früher. Von einer Gleichgültigkeit seiner Lage gegenüber kann indes absolut nicht gesprochen werden. Eine geistige Schwäche im gewöhnlichen Sinne, im Allgemeinen besteht nicht.

Wieder ein anderes Bild nach anderer Richtung bietet uns Fall G. Er hat 3 Decennien übel gewirthschaftet. In der Freiheit, in welcher er immer nur kurze Zeit war, hat er zahlreiche und verschiedenartige Verbrechen begangen; schlimmer war indes wohl die Schädigung, welche sein Verhalten für die Gefängnisse, für den Strafvollzug zur Folge hatte. Viele Irrenärzte haben sich bemüht, ihn richtig zu beurtheilen und wie gross ihr Interesse an diesem Falle war, dürfte auch aus dem Aufsatz von Frank (14) hervorgehen, in welchem er beschrieben ist, unter dem Titel „Ein Fall von Simulation". Ich möchte auch hier auf einige Symptome, welche uns wohl einige Berechtigung geben, diesen Fall überhaupt hier heranzuziehen, aufmerksam machen. G. scheint erblich belastet zu sein; seine Mutter war „nervenkrank". Auch bei ihm können wir einen Hang zum Verbrechen bis in die Knabenjahre hinein verfolgen, der auch durch Erziehungsversuche nicht ausgerottet wurde. Er ist auch in der Folge absolut unerziehbar und unbeeinflussbar. Einen Beschäftigungstrieb hat er nicht; im Gegentheil wendet er die unglaublichsten Mittel an, um sich an der Arbeit vorbeizudrücken. Er ist ein scheusslicher Egoist und thierisch verfolgt er ohne jede Rücksicht und blind nach allen Richtungen seine momentanen stets wechselnden Wünsche und Ziele. Er zeigt ein ausgesprochen läppisches Wesen. Er

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist eitel, überhebend. In ganz merkwürdiger Weise tritt bei ihm die schrankenlose Phantasiethätigkeit in die Erscheinung, die zu den seltsamsten Bildern und Ergüssen führt und immer wieder die Frage auftauchen lässt, ob der Mensch denn an wirklichen Wahnideen leidet, eine Frage, welche indess stets verneint werden muss und mit Sicherheit auch verneint werden kann. Er berauscht sich in den tollsten Phantasiegebilden.

Ferner hat er, wo er auch nur war, immer durch den absoluten Mangel an ethischem Empfinden, durch die höchste Gefühlsrohheit und Gefühlsstumpfheit als äusserst ekelhafte Persönlichkeit imponirt. Er ist ein intelligenter Mensch auch heute noch und weiss gut, was Recht und Unrecht ist und er redet mit Aufbietung einer Unsumme von Phrasen in den höchsten Tönen über Liebe zu Gott, den Nächsten, Vaterland, über Religion und gute Sitte, aber Alles ist nur hohle Phrase, bei der eigene entsprechende Gefühle und Affecte nicht eine Spur mitklingen.

Vor Allem aber tritt in diesem Falle in exquisiter Weise die dauernde Erregtheit, welche von Zeit zu Zeit zur scheusslichsten Raserei, in welcher er sich auch an seinem eigenen Leibe vergreift, ausartet. Wegen dieser Eigenschaft dürfte dieser Fall differentialdiagnostisch auf Schwierigkeiten stossen. Ich komme darauf zurück.

Auch hier mache ich auf den günstigen Einfluss der Irrenanstaltsbehandlung aufmerksam. Er hat sich beruhigt und beträgt sich seit sehr langer Zeit geordnet, so dass die Gefängnissbeamten vielleicht bald wieder die Freude erleben werden, ihren alten Freund wiederzusehen, und der Ringkampf kann bald wieder beginnen.

Mit den erst beschriebenen zwei Fällen ist etwa das Bild im Grossen und Ganzen gezeichnet, wie es von verschiedenen Autoren als charakteristisch für das Krankheits- bezw. Zustandsbild der „moral insanity“ in engerer Begrenzung beschrieben wurde. Der Eine hebt neben dem Hauptsymptom, welches in der moralischen Perversität gesehen wird, mehr dieses, der Andere mehr jenes Symptom als wesentlich hervor. Ich kann es mir wohl versagen, noch einmal die einzelnen Symptome zusammenzufassen.

Nun wird es, wie ich schon Anfangs erwähnte, und zwar heute sogar, soweit ich die Litteratur kenne, meistentheils geleugnet, dass das Bild, welches man unter diesem Namen beschrieben, überhaupt vorkäme. Es wird behauptet, dass es nur einen Symptomencomplex, ein Vorläuferstadium darstelle, welches einer anderen schweren Erkrankung vorausginge, dass es sich um erworbene Defectbildungen handle, welche als Anfangssymptome den völligen geistigen Verfall signalisirten. Gewiss ist es ja richtig, dass bei vielen Geistesstörungen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— ich nenne die progressive Paralyse, die senile Demenz in ihren Anfangsstadien — theilweise ganz dieselben Erscheinungen gefunden werden, wie hier, vor Allem das gleiche jenes Krankheitsbild beherrschende Symptom, der gänzliche Ausfall aller ethischen Begriffe und Empfindungen, während die Intelligenz Anfangs noch anscheinend intact ist und auch andere Krankheitserscheinungen noch nicht deutlich hervortreten. Diese Beobachtungen sind ja ganz interessant auch für die Betrachtung der sogenannten moral insanity. Sie zeigen, dass die ethischen Functionen die vornehmsten und höchsten Seelenleistungen darstellen, die ein feines, hoch organisirtes Gehirn voraussetzen. Bei schwerem geistigen Verfall versagt das Gehirn nach dieser Richtung oft zuerst; bei der angeborenen geistigen Minderwerthigkeit sind jene Eigenschaften nicht zur Entwickelung gekommen. Jedoch haben wir in allen diesen Fällen einen progressiven Verlauf und ich meine doch, dass man bei genauer und längerer Beobachtung in einen diagnostischen Fehler dieser Art nicht verfallen könnte.

Es wird ferner darauf hingewiesen, dass auch nach erworbenen Schädigungen, nach Kopfverletzungen, im Verlauf chronischer Vergiftungen, wie Morphium, Alkohol etc. ähnliche Erscheinungen auftreten. Bis zu einem gewissen Grade ist dies wohl auch richtig; doch entstehen dadurch doch nicht ausgeprägte Bilder dieser Art und wir können aus allen Umständen hier erworbene Schädigungen als Ursache und einen späteren Beginn der Störung feststellen.

Weit wichtiger ist der Einwand und die Behauptung, dass es sich in Fällen, in denen diese Diagnose gestellt wurde, um ganz andere, bekannte alltägliche Formen geistiger Krankheit handelte, dass Fehldiagnosen vorgelegen hätten, und dass nach allen Erfahrungen zu urtheilen, eine Berechtigung ein eigenes Zustandsbild dieser Art und mit dieser Bezeichnung anzunehmen, garnicht anerkannt werden könne.

Auch in den hier beschriebenen vier Fällen, welche ich herausgegriffen habe, um Beispiele verschiedener Erscheinungsformen vorzuführen, welche unter jenes Bild gebracht wurden und nach denen man sich veranlasst sah, das Gesammtbild zu zerlegen und einzelne andere Gruppen zu formen, müssen wir uns fragen, was hier wohl vorliegen könnte. Irrenärztlicherseits gab man sich meist damit zufrieden zu sagen: Der Mensch ist geistig abnorm. In welcher Weise ist er abnorm und welches Bild psychischer Abnormität liegt vor?

Vor allen Dingen wird man sich die Frage vorlegen müssen, ob nicht das Krankheitsbild der Dementia praecox vorliegt in der hebephrenen Form. Fehldiagnosen nach dieser Richtung scheinen mir um so eher möglich, als diese Krankheit, wie ich es auch in meiner Thätig-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keit beobachtet habe, auch bei jugendlichen Gefangenen langsam und unmerklich sich nicht selten einschleicht und manchmal unterbrochen von Erregtheitszuständen zu einem ruhigen allmäligen Versagen der geistigen Kräfte führt. Ich habe mir auch in vorliegenden Fällen, besonders im Falle W., diese Frage immer wieder vorgelegt, musste sie aber verneinen. So lange wir diese Individuen verfolgen können, sehen wir stets dasselbe Bild. Eine Aenderung der Gesammtpersönlichkeit ist niemals zu verzeichnen; das Verhalten ändert sich wohl durch die jeweilige Lage, z. B. den Strafvollzug; doch ist niemals ein geistiges Siechthum, wie dort zu beobachten, nichts Progressives und besonders wenn wir die Leute aus dem Strafvollzug herausnehmen und sie mehr in Ruhe beobachten können, so können wir bald erkennen, dass die charakteristischen Zeichen der Hebephrenie nicht zu finden sind. Wir finden nicht das absonderliche Wesen, welches sich im Verlauf jener Krankheit doch immer einstellt. Eigentliche wahnhafte Ideen bestehen nicht. Vor allem aber lassen diese Individuen eine Herabsetzung der geistigen Regsamkeit, die mangelnde Gefühlsbetonung den Geschehnissen gegenüber, jene stumpfe Gleichgültigkeit, die jener Krankheitsform eigen ist, völlig vermissen. W. zeigt zwar auch nach dem Morde nicht die geringste Spur einer seelischen Regung und renommistisch behauptet er, dass es ihm ganz gleichgültig sei, was die Gerichte mit ihm machen; thatsächlich ist er von einem wilden Drange nach der Freiheit beseelt. Er verhält sich seinen Reden entsprechend durchaus nicht passiv, sondern scheut gar kein Mittel, sein Ziel, die Freiheit, wieder zu erlangen. Er ist in hohem Masse activ. Sehr activ ist er auch in seinem Verbrecherthum selbst; er hat hier eine hochgradig active und wenn ich so sagen darf, grosszügige Art, während die mit Hebephrenie behafteten verbrecherischen Individuen immer auch im Verbrecherthum einen stumpfen Charakter zeigen, kleinlichem, armseligem Diebstahl und stumpfer Vagabondage sich hingeben und wie ich noch neulich in einem recht charakteristischen Falle, den ich lange beobachtet habe, sah, auch wenn sie verschiedene Betrügereien begehen, dies thun in einer Weise, der man das Stumpfsinnige bei näherer Betrachtung ansieht und bei verschiedenen Betrugsfällen meist schon an derselben ganz stereotypen Art, mit welcher sie die einzelnen Betrugsfälle begehen. Das Bild der Dementia praecox liegt, so weit man diesen Krankheitsbegriff auch ziehen mag, besonders in den Fällen, die mehr typisch sind, wie W. und R., nicht vor.

Nun ordnen einige Autoren Zustandsbilder, wie sie unter dem Namen der moral insanity beschrieben wurden, der Paranoia unter wegen der Selbstüberschätzung, der Grössenideen, welche man bei diesen

Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Leuten meist findet und andere sprechen von den paranoiden Formen jenes Bildes. Ich habe mit Rücksicht darauf den Fall L. aus meiner Erfahrung herausgegriffen.

Allerdings trifft man dieses Symptom bei Fällen dieser Art recht häufig an und auch in den mitgetheilten Bildern sehen wir derartige Züge, aus denen sich das Heldenthum entwickelt, wie in dem Falle W., theilweise in recht auffallender Weise ausgebildet. Etwas sehr Wesentliches möchte ich darin nicht erblicken, sondern dieses Symptom nur als Theilerscheinung einer allgemeinen Urtheilsschwäche ansehen. Im Falle L. beherrscht allerdings dieses Symptom das ganze Bild in einer derartigen Weise, dass nicht wenige Aerzte, darunter zeitweise auch ich, kein Bedenken hatten, das von ihm gebotene Bild der Paranoia, der originären Paranoia, unterzuordnen. Ich will schon Gesagtes nicht wiederholen. Wir haben den Mann, der schon so verschiedenartige Beurtheilung erfahren hat, nun schon mehrere Jahre ständig unter unseren Augen. Ich will zwar nicht sagen, dass die Beurtheilung immer desto besser sein müsse, je länger die Beobachtung währt. Vielleicht fällt hie und da ein Gutachter bei einmaliger Besichtigung ein besseres Urtheil als viele Andere, die Jahre lang sich um die Findung des richtigen Urtheils bemühen und sich schliesslich in falsche Ansichten verbohren. Jedoch trat im Lauf der Zeit bei L. eine Aenderung des Verhaltens ein. Ein sehr stark bei ihm hervortretendes Symptom, die chronische Erregtheit, trat unter der Anstaltspflege zurück und der ganze Mensch trat in seiner Eigenart doch klarer zu Tage und es zeigte sich nach meiner Ueberzeugung mit Sicherheit, dass hier die ganze Persönlichkeit und sein Verhältniss zur Aussenwelt trotz des sehr langen Bestehens der abnormen Verfassung doch nicht in jener wahnhaften Weise umgewandelt uud verrückt ist, wie wir dies bei der originären Paranoia sonst finden. Nach meiner Ansicht ist der Fall auch in Anbetracht der übrigen Erscheinungen hier einzureihen und die Grössenideen und sein vermeintlicher Wahn sind nur ein Ausfluss seiner Selbstüberschätzung und stark erhöhten Phantasiethätigkeit, Symptomen, welche jedoch in diesem Falle in ganz besonders starker Weise entwickelt sind.

Die Aerzte in D. halten ihn jetzt alle für einen „Simulanten", der allerdings „abnorm" ist, und wenn ich auch in dem Punkte der Simulation und in der Beurtheilung des eigentlichen Wesens der „Abnormität" wohl von ihnen etwas abweiche, so sind wir im Grunde genommen doch einig. Die Geistesstörung der Paranoia liegt nicht vor, und wenn ich der Kraepelin'schen Schule folge und nach einer Dementia praecox, hier in der paranoiden Form, fahnde, so kann ich das Vorliegen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieser Störung auf Grund der anderen Symptome, welche ich oben theilweise schon genannt habe, bei diesem in hohem Grade activen Verbrecher ausschliessen. In den übrigen Fällen kann man von eigentlich paranoiden Symptomen, welche uns die Berechtigung geben, sie unter die Paronia unterzuordnen, sicherlich nicht sprechen, während der Gedanke bei L. ja beim ersten Anblick der nächstliegende ist und eine andere Auffassung immerhin von vornherein etwas Ungewöhnliches ist.

Noch mehr Schwierigkeit macht die Differentialdiagnose in anderer Hinsicht. Von verschiedenen Autoren wird als charakteristisches Symptom eine starke Reizbarkeit und die Periodicität beschrieben, in welcher sich länger dauernde Erregungs- und Exaltationszustände einstellen, welche auch in perversen verbrecherischen Handlungen zu Tage treten. So beschreibt Kleudgen (15) derartige periodische Exaltationszustände, welche mit mehr oder weniger freien Intervallen abwechseln. Er sagt, dass von diesen psychisch Alienirten „die unmoralischen und verkehrten Handlungen bald harmloseren, bald schlimmeren Charakters immer in einem Stadium der Erregung begangen werden und ich finde das Hauptmoment in der krankhaften Erregung der motorischen Sphäre, in dem Bewegungsdrang, der bei diesen Kranken von Zeit zu Zeit lebhafter hervortritt, aber eigentlich nie ganz schwindet."

Krafft-Ebing (16) beschreibt als charakteristische und bei solchen Degenerationszuständen für die Angeborenheit der Entartung sprechende Symptome „die Gemüthsreizbarkeit, die in Verbindung mit dem Mangel sittlicher Begriffe zu den grössten Brutalitäten hinreisst", wobei diese Fälle „einen automatischen, impulsiven, selbst periodischen Charakter der Handlungsweise bieten".

Vor allen Dingen verweise ich auf Binswanger's (9) Ausführungen: „Ich habe schon mehrfach hervorgehoben, dass der moralische Schwachsinn durch die Aufnahme verschiedenartiger, den übrigen Krankheitsbildern der erblich degenerativen Geistesstörung zugehöriger Krankheitssymptome ausgezeichnet ist. In dieser Hinsicht ist zuerst die wohl constatirte Thatsache bemerkenswerth, dass deutlich wahrnehmbare Anschwellungen des verbrecherischen Thuns und Handelns mit Zeiten des Abfalls dieser Erscheinungen und damit grösserer geistiger und gemüthlicher Ruhe abwechseln. Nach Analogie der periodischen und cyklischen Geistesstörungen wird also bei diesen Fällen ein paroxysmenartiger Verlauf sehr häufig angetroffen und zwar oft in so ausgeprägtem Maasse, dass in ein und derselben Beobachtung verschiedene Begutachter, je nachdem sie diese oder jene Reihe der Krankheitserscheinungen in den Vordergrund stellten, bald von moralischem Schwachsinn, bald von circulärem Irresein sprachen . . . Auf der Höhe der Krankheitsfälle

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwindet der letzte Rest von Besonnenheit; ein regelloser incohärenter Ablauf der Vorstellungen, völlig planloses verkehrtes Handeln tritt an die Stelle des sonstigen Denkens und Handelns, dem ein logischer Zusammenhang und raffinirte Verwerthung der socialen Lebensbedingungen und Verkehrsformen behufs Befriedigung aller selbstischen Neigungen nicht abgesprochen werden kann. Die Kranken handeln dann wie im Rausche; sie fallen widerstandslos jeder äusseren und inneren Bewegung zum Opfer und begehen nicht selten in diesem Zustande die gefährlichsten Strafthaten gegen Leben und Eigenthum. Sinnlose Zerstörungswuth bis zu förmlichen Tobsuchtsanfällen, Zornausbrüche bis zur Raserei sind hierbei gewöhnliche Erscheinungen. Unter Ermattung aller Kräfte lösen sich dann oft ganz plötzlich diese paroxysmellen Steigerungen, die gelegentlich einen delirienartigen Charakter mit abrupten Wahnideen und Sinnestäuschungen erlangen können, und der Kranke hat für die Vorgänge während des Anfalls nur eine dämmerhafte unklare Erinnerung."

Wie wir gesehen haben, war diese eigenthümliche Erscheinung in allen mitgetheilten Fällen, wenn auch in ganz verschiedener Stärke zu beobachten. Eine gewisse Erregtheit war ständig zu constatiren; von Zeit zu Zeit trat diese Erscheinung theilweise in der allerunangenehmsten Weise zu Tage. Ich habe, um an einem sehr krassen Beispiel dieser Art zu zeigen, wie solche Individuen sich verhalten können, wie sie wirken im Strafvollzug und daneben auch, wie die Verbrecherneigung sie unfähig macht, auch nur kurze Zeit sich in Freiheit zu halten, wie es aber heute noch nahezu unmöglich ist, solche Leute unschädlich zu machen . . ., gerade den Fall G. aus meiner Erfahrung herausgegriffen; dabei bin ich mir allerdings sehr wohl bewusst, dass mir gerade bei diesem Fall am ehesten erwidert werden kann, dass solche Fälle gar nicht hierher gehören, dass hier ein anderer bekannter Krankheitszustand vorliegt. Vor allen Dingen dürfte hier das manisch depressive Irresein im Kraepelin'schen Sinne in Frage kommen; ausgeprägte Zustände depressiver Art waren wohl nicht zu beobachten während der drei Decennien, wenn auch gelegentliche Aeusserungen, auch in Briefen, eine solche Färbung haben. Auch die schweren Selbstverstümmelungen sind sicher nicht auf depressive Zustände zurückzuführen und als Selbstmordversuche aufzufassen, sondern sind nur ein Ausdruck der Raserei, in welcher er gegen Alles, auch gegen sich selbst losgeht. Hätte er wirklich eine starke Neigung zum Selbstmord, so hätte er in der sehr langen Zeit, in welcher er meist in der Einzelzelle sich befand, längst Selbstmord begangen; diese ernstliche Absicht bestand bei ihm aber, wie auch immer wieder constatirt wurde, nicht.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jedoch ist das Bild des manisch depressiven Irreseins in jenem Sinne ein so mannigfaltiges und verschiedenes, dass diese Diagnose deshalb doch unbedenklich gestellt werden könnte. Es treten hier mehr oder ausschliesslich, auch in den psychischen Aeusserungen, die Zeichen der Manie zu Tage. Jedenfalls sind wir berechtigt zu sagen, dass diese Bilder Erscheinungen des manisch depressiven Irreseins, im Falle G. sogar in sehr ausgeprägtem Maasse, erkennen lassen; man könnte diese Zustände auch jenem verwandten Bilde, welches unter dem Namen der chronischen Manie beschrieben ist, wegen des chronisch manischen Charakters zuzählen. Diese Krankheitszustände erwachsen erfahrungsgemäss durchaus auf erblich degenerativem Boden und der Umstand, dass wir Erscheinungen dieser Krankheitsformen bei den Individuen unserer Gruppe wieder finden, erscheint mir allerdings nicht gleichgültig für die ganze Beurtheilung dieser Gruppe, besonders nach der Richtung der Erblichkeit bezw. des Angeborenseins dieser Eigenart. Die beschriebenen Bilder jedoch schlechtweg dem manisch depressiven Irresein unterzuordnen mit Rücksicht auf thatsächlich vorhandene Zeichen dieser Krankheit, dazu möchte ich mich nicht verstehen wegen des ganzen Verlaufs und Verhaltens von Kindheit an, besonders wegen der übrigen Erscheinungen, welche mehr vorherrschend sind, und welche bei dem manisch depressiven Irresein im eigentlichen Sinne fehlen. Verbrecherische Eigenschaften sind dieser Krankheitsform überhaupt kaum eigen, wenigstens nicht in so charakteristischer Weise, und sehr auffallender Weise spielt diese Krankheitsform bei irren Verbrechern nur eine ganz untergeordnete Rolle. Am ehesten wäre ich noch geneigt, den Fall G. hier einzureihen; doch wenn wir auch dieses Bild im Grossen beobachten, namentlich das wirre Kunterbunt der Erscheinungen, das Bizarre des Gesammtverhaltens, so kommen wir eher dazu, den Fall G. der Krankheitsform, welche κατ' ἐξοχήν der Degeneration zugeschoben wird, dem sogenannten degenerativen Irresein, zuzuzählen, und ich wollte damit besonders einen Fall dieser Art schildern.

Differentialdiagnostisch würde noch die Hysterie und besonders die Epilepsie in Betracht kommen. Man kann sagen und Manche werden es auch sagen: „Das sind Hysteriker." Der Begriff der Hysterie ist ja in Bezug auf die Begrenzung den grössten Schwankungen unterworfen, welche, wie ich fast sagen möchte, durch die Vorliebe für diesen Begriff oder Abneigung gegen denselben bedingt sind. Thatsächlich bieten Fälle der beschriebenen Art auch Erscheinungen, die wir in ähnlicher Weise auch bei der Hysterie, noch mehr aber bei der Epilepsie antreffen, so den Charakter, die Labilität der Erscheinungen, die Reizbarkeit, die geistigen Erregungszustände; und Mancher, welcher das

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Thun und Treiben dieser Leute beobachtet, wird sich mit der Diagnose „Hysteriker" begnügen. Diese vage Diagnose besagt jedoch für diesen Zustand nichts. Wir vermissen vor Allem auch sichere hysterische Stigmata, es sei denn, dass wir die Stumpfheit in der Schmerzempfindlichkeit bei R., diesem äusserst roh gebauten Menschen als solches ansähen.

Näher liegt es, zumal wenn wir die Gesammtpersönlichkeit in's Auge fassen, an Epilepsie und epileptische Degenerationszustände zu denken, besonders im Falle R., welcher auch einen epileptischen Bruder hat und auch vielleicht im Falle G. Auch wenn wir im Allgemeinen die Schwankungen, wie sie gerade auch Binswanger beschreibt, ferner die Reizbarkeit und Unstetheit in's Auge fassen, liegt es ausserordentlich nahe, an Epilepsie zu denken, wenn auch keiner der vielen Gutachter hier diese Krankheit je in Betracht zog. Bei vieler Aehnlichkeit vermissen wir aber doch Vieles, was uns berechtigte, schlankweg diese Diagnose zu stellen in den Fällen R. und G.; in den zwei anderen Fällen kommt sie überhaupt weniger in Betracht. In der ganzen Art verhalten sich Epileptiker von ihnen verschieden. So finden wir z. B. bei ihnen ganz im Gegensatz zu unseren Individuen eine auffallende Armuth gerade in der Phantasiethätigkeit. Soweit wir die Individuen der hier beschriebenen Art verfolgen können, vermissen wir das Progressive der Epilepsie, vor allen Dingen das Eintreten geistiger Schwäche. So sehen wir z. B. gerade bei G., wie sich die Erregtheit und mit ihr das tolle Treiben im Lauf der Jahre steigert; von einem Schwachsinn im gewöhnlichen Sinne können wir heute, nach Decennien noch nicht sprechen. Vor allen Dingen lege ich aber, auch bei der sehr weiten Begrenzung, welche wir heute der Epilepsie geben müssen, den grössten Werth darauf, dass wir typische und unzweifelhaft epileptische Zustände hier vermissen. Wir haben keine Krampfzustände, keine Absencen, keinen Schwindel, kein Bettnässen etc. und auch wenn wir die Zeiten grösserer Erregung und Unruhe, welche diese Individuen zu Bethätigungen nach Aussen hindrängt, beobachten, so unterscheiden sich auch diese Erscheinungen recht wesentlich von den Drangzuständen und von den periodischen Verstimmungen der Epileptiker. Das Bewusstsein ist im Allgemeinen ganz erhalten, auch die Rückerinnerung an die Geschehnisse während dieser Zeiten. Es fehlt der Wechsel in der gesammten Gemüthsverfassung gegenüber den übrigen Zeiten, wie wir ihn bei den Epileptikern beobachten, ein Wechsel, aus dem wir immer noch, wenn auch in viel weiterer Umgrenzung, wie wir dies früher thaten, den Charakter von anfallsweisen Zuständen eines Anfalls ersehen und construiren können. Die Erregungen hier werden subjectiv, wie dies bei

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Verstimmungen, den Drang und Spannungszuständen der Epileptiker der Fall ist, als etwas ihrem sonstigen Wesen Fremdes nicht empfunden, sondern stellen sich auch objectiv mehr als Steigerungen des dauernd etwas erregten Zustandes dar. Diese Schwankungen können wie bei Verbrechern, welche wir auch nach ihrer ganzen geistigen und körperlichen Verfassung den Dégénérés zuzählen können, nicht ganz selten beobachten. Es wird zwar geleugnet; doch habe ich es mehrfach erlebt, dass Ausbruchs- und Fluchtversuche auf endogene Ursachen dieser Art zurückgeführt werden konnten. Diese Versuche sind dann nicht von langer Hand planvoll vorbereitet und man erkennt auch an der Ausführung, dass nur eine Unruhe, die nach irgend einer Bethätigung drängt, die Veranlassung zu dieser kurzen Episode des Gefängnisslebens gewesen ist und oft sind die Leute heilfroh, wenn sie wieder eingefangen und wieder in Ruhe sind. Ganz gleiche Erfahrungen macht man auch beim Militär und ich verweise hier zum Beleg auf die interessante Arbeit von Stier (17) über „Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung“ hin.

Dass solche endogenen Momente der Grund der Fahnenflucht sein können, habe ich besonders in einem klassischen Falle beobachten können. Es handelte sich um einen jungen Menschen, Sohn gut situirter Eltern, welcher vom Vater, einem Hotelbesitzer, der sich dem Trunke ergeben hatte und deshalb schliesslich in die Irrenanstalt, wo er auch starb, kam, während der Zeit einer kurzen Beurlaubung aus der Irrenanstalt gezeugt wurde. Die bedeutend älteren Geschwister waren normal. Dieser Sprössling war von frühester Kindheit das Sorgenkind der Mutter. Er fiel von früh auf durch seine Ungeberdigkeit, Unstetheit und schwere Erziehbarkeit auf und nur durch Unterbringung an den verschiedensten Orten, bei Lehrern, Geistlichen etc. gelang es, ihn bis zur Secunda des Gymnasiums zu bringen; überall lief er fort und landete wieder bei der Mutter. Nach Entlassung aus dem Gymnasium trieb er sich rubelos im Ausland umher und kam schliesslich zum Militär, wo er mehrmals entwich, in's Ausland ging, um nach langer Zeit wieder zu landen; er wurde in die zweite Klasse des Soldatenstandes versetzt; schliesslich wurde aber nach einer dritten Flucht die krankhafte Verfassung erkannt und er wurde vom Militär entlassen. Er setzte sein unstetes Leben fort und schliesslich machte er in raschem Wechsel zahlreiche raffinirte Schwindeleien an verschiedenen Orten und gelangte so in Untersuchungshaft in meine Beobachtung. Er war ein Individuum der hier beschriebenen Sorte.

So sehen wir denn, dass die Zustandsbilder der beschriebenen Art mannigfache Züge gemein haben mit Krankheitsgruppen, von denen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wir wissen, dass sie auf erblich degenerativem Boden erwachsen, wie dies der Fall ist bei der Epilepsie und auch bei dem manisch-depressiven Irresein. Und wenn wir der Aetiologie nachgehen, so finden wir, dass auch hier hereditäre Momente gleicher Art als Ursache der Entstehung dieser Zustände zu beschuldigen sind, wie bei jenen Krankheitsgruppen.

In den mitgetheilten Fällen, wie überhaupt bei Verbrechern, welche aus ärmlichen und ungeordneten Verhältnissen hervorgehen, ist es zwar recht schwierig, oft unmöglich, Zuverlässiges nach dieser Richtung zu eruiren, und es scheint dies um so eher verständlich, als es nicht hauptsächlich ausgeprägte Geistesstörungen sind, welche dabei in Betracht kommen, sondern weit mehr neuropsychopathologische Zustände anderer Art, Hysterie, Hypochondrie, Cyclothymien, pathologische Charaktere, und ganz besonders allen Zuständen weit voraus, Alkoholismus bei den Erzeugern. Dass Letzteres der Fall ist, das habe ich in der regen Grossstadt, in welcher dem Gerichtsarzt ein äusserst grosses mannigfaches Material zur Begutachtung und Rathertheilung zufliesst, in nicht wenigen Fällen ganz gleicher Art constatiren können, in denen es sich handelte um Sprösslinge höher gestellter Kreise, wo man ja viel leichter einen Einblick in diese Verhältnisse sich verschaffen kann. So sah ich z. B. Alkoholismus beim Vater bei einem Menschen aus reicher angesehener Familie, der schon als kleines Kind stahl, z. B. als Kind die Mäntel der geladenen Gäste zwecks Diebstahls visitirte, in der Folge durch sehr unstetes Verhalten, durch eine fortlaufende Kette von Verfehlungen, Verirrungen und Gefühllosigkeiten den Angehörigen gegenüber diesen schweren Kummer bereitete, absolut in keiner Weise zu erziehen war, nichts Brauchbares lernte ausser guten Gesellschaftsformen und vielen Phrasen, mit denen er seine Hohlheit verbarg; nur zeigte er ganz einseitig eine ausgeprägte musikalische Begabung, die er auch zur Entwicklung brachte. Er wurde schliesslich, nachdem Alles mit ihm versucht war, in eine Privatirrenanstalt untergebracht; hier beruhigte er sich und wurde manierlich; er wurde nach einigen Jahren entlassen und lebt nun schon mehrere Jahre unter sehr guter Führung als Rentier in einem kleinen Ort, unnütz, aber, so viel ich weiss, nicht antisocial. Nachträglich erkrankte eine Schwester geistig.

Desgleichen musste ich bei einem anderen ganz gleich sich verhaltenden Sprossen sehr reicher Eltern Alkoholismus in der Ascendenz beschuldigen. 3 Kinder sind hier entartet, ein Sohn darunter wegen Imbecillität schon entmündigt. Der junge Herr bot körperlich ausgeprägte Degenerationserscheinungen. Die Eltern machten von früh auf furchtbar viel mit dem lieblosen, gefühllosen, gänzlich unerziehlichen Menschen durch

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und nur mit grosser Mühe, Unterbringung hier und dort, gelang es ihnen endlich, ihm das Einjährigen-Zeugniss zu verschaffen und so ruhte nun die ganze Hoffnung der Eltern auf dem Militär, dieser sonst so hervorragenden Stätte der Erziehung. Doch hier versagte er gänzlich, konnte sich nicht fügen, explodirte nach allen Richtungen und erhielt Strafe auf Strafe. Die Erziehungsversuche wurden nachher fortgesetzt; der Junge wurde in ganz minderwerthiger Stellung unter guter Leitung in einem Geschäft untergebracht; es wurde ihm zum Schein ein Gehalt ausbezahlt; thatsächlich bezahlte der Vater jedoch hinter seinem Rücken noch für ihn dazu. Alles schlug fehl. Wir brachten ihn schliesslich in einer Privatirrenanstalt unter, wo er sich, so viel ich weiss, gut hält.

Desgleichen begutachtete ich ein gleich übles Pflänzchen, besserer Leute Kind, mit scheusslicher Vergangenheit seit frühester Kindheit. Der junge Mensch war gänzlich unerziehlich, gefühllos, äusserst reizbar, zeitweise stark erregt; als er es zu toll trieb, Huren allnächtlich mit in die Wohnung der Eltern brachte, bei geringem Widerstand zu Hause in furchtbare Wuth geriet, Gegenstände demolirte, seine alte Mutter am Kopf verletzte, wurde er schliesslich auf Rath des Hausarztes in eine Irrenanstalt überführt, von wo er indess nach einigen Monaten wieder entlassen wurde. Vorher hatte er einem Bekannten noch einen Ueberzieher gestohlen und versetzt, weil ihm gerade das Geld ausgegangen war. Dass dieses strafbar war, sah er nicht ein. „Der Alte konnte es ja bezahlen,“ meinte er kalt. Die Eltern setzten dann wiederum ihre ganze Hoffnung auf die Militärzeit. In diesem Falle war der Vater eine auch schon äusserlich im Schädelbau, der Physiognomie und der Kleidung sehr auffallende Persönlichkeit, der auch in seinem Bekanntenkreis als komischer Kauz bekannt war, dabei allerdings sehr fleissig. Dieser Mann erging sich in meiner Wohnung in höchst überspannter Weise, lebhaft gesticulirend in psychologischen Betrachtungen verschiedenster Art bezüglich seines Sohnes, doch so, als ob es sich um eine ganz fernstehende Person handelte, den er nunmehr studiren und ergründen müsste. Er war in seinem pastoralen Redestrom gar nicht aufzuhalten.

Ein gleiches Pflänzchen aus sehr guter Familie, in welcher auf Vaters Seite alle möglichen Excentricitäten sich bemerkbar machten, und in der ein geistig abnormer Bruder des Vaters durch ein Verbrechen berühmt geworden war, sah ich zum Zuhälter herabsinken; er war gänzlich gefühllos und bildungsunfähig, doch nicht unintelligent.

Diese und einige andere Fälle reihen sich nach den Erscheinungen, welche sie boten, ganz in das beschriebene Krankheits- bezw. Zustandsbild ein.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In den hier ausführlich mitgetheilten Fällen war es hauptsächlich in Folge der socialen Verhältnisse der Eltern nicht möglich, über die Heredität immer Bestimmtes zu ermitteln. Der Alkoholismus scheint jedoch auch hier die Hauptrolle zu spielen.

Ich will dabei hier nur, ohne weitere Folgerungen daraus zu ziehen, die Thatsache streifen, dass wir bei dem Gewohnheitsverbrecherthum ganz auffallend häufig nicht verbrecherisches Wesen der Eltern und sonstiges schädigendes Milieu, sondern Alkoholismus der Eltern bei Ermittlungen über den Wesen der Eltern verzeichnet finden.

Nach Alledem kann es einem Zweifel nicht unterliegen, dass diese Formen geistig abnormer Verfassung auf degenerativem Boden erwachsen. Bevor wir uns aber im Allgemeinen, wie im Einzelfall darüber schlüssig machen, ob wir im Hinblick auf das Verbrecherthum von der Norm sehr wesentlich abweichende Zustände vor uns haben, welche eine besondere Beurtheilung erfahren können und dürfen, müssen wir uns einige Fragen vorlegen, welche das Gros der Verbrecher betreffen; das verbrecherische Wesen dieser Individuen zwingt uns zu diesen Fragen.

Wie wir auch in den mitgetheilten Fällen gesehen haben, sind es in erster Linie Störungen in der Gefühlssphäre, Störungen auf dem Gebiete der Moral und der Ethik, welche eine Abweichung von der Norm erkennen lassen, welche auch dem ganzen Bilde den eigenthümlichen Stempel aufdrücken und den vielumstrittenen Namen „moral insanity“ abgegeben haben.

Wenn wir bei Gefangenen, bei Verbrechern auf diesen Gebieten auf Mängel stossen, so ist dies gewiss nicht zu verwundern; wundern müssten wir uns im Gegentheil, wenn dies nicht der Fall wäre. Bei unserem Krankheitsbilde ist durchaus wesentlich neben der Art und dem Umfang der Defecte die Forderung, dass wir das Vorhandensein derselben nachweisen können bis in die Kindheit, dass wir nachweisen können, dass das Individuum in seiner Erziehbarkeit und Beeinflussbarkeit sich in einer Weise anders verhält, als das Durchschnittsindividuum, dass es von vornherein in einem besonderen Lichte erscheint. Allerdings ist die Beurtheilung nach dieser Richtung allein eine äusserst schwierige, ja meist unmögliche. Alles das, was wir unter Altruismus, unter altruistischen Gefühlen und Vorstellungen verstehen, welche uns später im Leben begleiten und uns in unserem Handeln beeinflussen, sich fördernd und hemmend uns in den Weg stellen, entwickelt sich erst allmälig, ebenso wie der übrige geistige Besitzstand, mit dem wir später uns eingliedern in die Gesellschaft. Das, was wir gemeiniglich unter angeborener intellectueller Veranlagung verstehen, das ist es

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entschieden nicht allein, was zur Bildung jener Eigenschaften nöthig ist, sondern erfahrungsgemäss sind hierzu erforderlich Anlagen, welche mehr für sich auf dem Gebiete des Fühlens und Empfindens gelegen sind, Anlagen, welche sich offenbar nicht parallel zu verhalten brauchen mit der Stärke der intellectuellen Fähigkeiten im Allgemeinen. Diese Anlagen können so überwerthig sein, dass sie das Individuum aus dem denkbar schlechtesten engeren Milieu zu einem socialen Wesen herauszuheben im Stande sind. Wie oft habe ich bei meinen gerichtsärztlichen Untersuchungen geradezu scheussliche moralische Verhältnisse, ungeheuer traurige Zustände, in ärmlichen Schlupfwinkeln angetroffen und dabei konnte ich nicht selten die mir in hohem Grade auffallende Thatsache feststellen, wie aus solchem Milieu ganz brave, fleissige, brauchbare Kinder und Arbeiter, welche sich gegen die üblen Einflüsse im engeren Heim lebhaft anstemmten und einen Ekel davor empfanden, hervorgegangen sind. Nach dieser Richtung ist z. B. auch eine Beobachtung Mönkemöller's (18) nicht uninteressant, welche er in der Zwangserziehungsanstalt machte. Einer jener Zöglinge, Sohn einer Prostituirten, „musste sogar unter dem Bett kampiren, wenn die Mutter, wie er sich sehr absprechend äusserte, „Schweinerei“ machte. Er war merkwürdiger Weise gar nicht so corrumpirt, wie man wohl hätte erwarten können.“ Solche Individuen finden offenbar mehr selbständig unter Leitung der angeborenen Fähigkeiten, die auf dem Gebiete des Fühlens liegen und unter Heranziehung entfernter liegender besserer Eindrücke ihren Weg.

Ist auf der anderen Seite jene angeborene Veranlagung nicht vorhanden, so mag noch so viel Sorgfalt auf eine günstige Entwickelung gelegt werden, mag das Milieu noch so günstig sein, es wird Nichts erreicht. Das Individuum bleibt nach der Gefühlsseite unempfindlich und bietet für die Erziehung keine Angriffsfläche. So lehrt denn auch thatsächlich die Erfahrung, dass Individuen gleicher Sorte wie diejenigen, welche ich hier im Auge habe, unter sonst durchaus günstigen äusseren Verhältnissen entstehen können. Milieu und Erziehung ist es durchaus nicht hauptsächlich, was jene Individuen hervorbringt. Diese Momente können ihnen nur eine gewisse Färbung und Richtung geben in dem antisocialen Verhalten. Bei geeigneten Maassnahmen kann man ihnen in der zügellosen Laufbahn einen gewissen Hemmschuh bieten. Es handelt sich hier auch nicht um eigentliche Verbrecherkinder d. h. Kinder von verbrecherischen Eltern, sondern die Ursache liegt, wie wir sehen, in anderen Momenten.

Auf der anderen Seite lehrt die tägliche Erfahrung, dass üble Einflüsse, welche besonders in der Jugend auf das Individuum einwirken,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf die Moral, auf das sittliche Empfinden, auf die Werthschätzung des Nebenmenschen, wie dessen Rechte und Besitz, von dem allerungünstigsten Einflusse sein können und verbrecherische Neigungen jeglicher Art erwecken und zur Entwicklung bringen können, ohne dass wir auch nur die allermindeste Ursache haben, auf eine fehlerhafte, zumal pathologische Veranlagung zu schliessen. Was das Verbrecherthum an sich anlangt, so kann wohl auf diese Weise dasselbe Individuum entstehen, wie jenes aus angeborener Ursache zum Verbrecher gewordene Subject. Nun lehrt uns dazu noch die Erfahrung, dass wir, wenn wir auf moralisch unempfindliches Verhalten eines Individuums, besonders seiner Strafsache gegenüber stossen, keine allzu weit gehenden Schlüsse in der Richtung der Annahme einer fehlerhaften Veranlagung ziehen können. Wie weit das Durchschnittsindividuum das Gute um des Guten willen thut und das, was wir zur Zeit für strafbar halten, ganz abgesehen von äusseren Rücksichten rein aus Beweggründen innerer moralischer Empfindung unterlässt, in wie weit vor allen Dingen der Durchschnittsmensch, wenn er gefallen und dem Strafrichter zur Aburtheilung übergeben ist, rein aus inneren moralischen, nicht egoistischen Motiven Reue empfindet über seine That nur um der That an sich willen, darüber gehen die Meinungen ausserordentlich auseinander, und vielfache Erfahrungen müssen uns jedenfalls veranlassen, die Moral des Durchschnittsmenschen, in diesem Sinne aufgefasst, nicht auf ein allzu hohes Niveau zu stellen.

Wer Jahre lang fast täglich in den Gerichtssälen sich aufhalten muss, kann hier im Stillen seine Beobachtungen machen, welche nach dieser Richtung doch ganz bemerkenswerth sind. Alltäglich kann er da erleben, wie zweifellos ganz normale, gesunde junge Leute, welche z. B. in der Trunkenheit oder sonst in einem schwachen Moment sich gegen das Gesetz vergangen, mit einer verblüffenden Gleichgültigkeit und Ruhe ihre oft schwere Bestrafung hinnehmen, wenn sie draussen im Leben nicht viel zu verlieren haben und keine grösseren äusseren Rücksichten sie binden. Der Staatsanwalt ereifert sich und begründet die Schuld; der Vertheidiger erregt sich und kämpft für die Unschuld seines Klienten. Der Einzige, welcher die Ruhe bewahrt, ist der Angeklagte. Hat er seine Strafe zudiktirt bekommen, so winkt er oft ganz vergnügt noch lachend zum Abschied seinen Bekannten im Zuschauerraum, und ruhig beginnt er sein Tagewerk im Gefängniss, welches er eben so munter wieder verlässt, wie er es betreten. Von Reue keine Spur, und wo wir von Reue und reumüthigem Geständniss hören, da merkt man die Absicht und hat recht oft die Empfindung der Heuchelei. Kommen die Leute dann wieder, so beobachtet man, wie sie die Scham vor

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Strafe und Strafvollzug bald ganz verlieren. Ihre Lebensgewohnheiten und Lebensbedürfnisse richten sie sich bei längerem Verweilen im Gefängniss mehr und mehr nach dem Leben und Betriebe im Gefängniss ein, und nicht selten sehen wir, dass solche Leute, zu Gewohnheitsverbrechern geworden, das Leben im Gefängniss dem in der Freiheit noch vorziehen. Sie fallen aber durch nichts Absonderliches auf im Gefängniss. Andererseits sehen wir, wie Gefangene anderer socialer Lage, welche durch eine Verurtheilung ihre sociale Stellung verlieren, im Strafvollzug oft, wo wir dies nach ihrem bemitleidenswerthen Gebahren in der Untersuchungshaft gar nicht für möglich gehalten hätten, erstaunlich rasch ein anderes Gesicht annehmen, wie sie z. B. Kniffe und Mittel zur Besserung ihrer Lage nicht verschmähen, wie wir sie sonst bei Gewohnheitsverbrechern zu sehen gewöhnt sind, überhaupt ein Verhalten zeigen, aus welchem hervorgeht, dass all die frühere Noth und Qual und Reue rein egoistischen äusseren Beweggründen entsprang. Es scheint mir bei solchen Beobachtungen und Erwägungen nicht unberechtigt, in der Beurtheilung des moralischen Empfindens in dieser Beziehung beim Menschen überhaupt einen bescheideneren Maassstab anzulegen. Dass ethische Schwächen, dass sittliche Rohheit und Stumpfheit bei Gefängnissinsassen ausgeprägter, ungeschminkter und nackter in die Erscheinung treten, als bei der freien Bevölkerung, das lässt sich ja von vornherein erwarten, ist auch thatsächlich der Fall. Und doch kann man immer wieder die Beobachtung machen, dass draussen in der Gesellschaft recht irrige und unzutreffende und zwar viel zu ungünstige Vorstellungen existiren über die Insassen der Gefängnisse. Jeder, der mit solchen falschen Vorurtheilen, welche überall gang und gäbe sind, das Gefängniss betritt, wird sehr bald ein ganz anderes Bild gewinnen und er wird finden, dass das Gros dieser Menschen sich doch nicht in solcher Weise in dem innersten Wesen von der freien Bevölkerung unterscheidet, wie er dies früher mit Anderen angenommen hat. Er sieht, wie sie im Allgemeinen gefügig sind im Strafvollzug und sich leicht unterordnen. Sie erledigen im Allgemeinen ihr ihnen aufgetragenes Pensum Tag für Tag in meist ganz guter Weise. Sie drücken sich nicht mehr von der Arbeit, als draussen der Mensch dies auch thut. Ihre Wünsche sind gering, ihrer Lage entsprechend. Ihr Handeln und Begehren richtet sich nach vernunftgemässen Erwägungen. Sie halten untereinander zusammen und zeigen einen ausgeprägten Gemeinsinn. Sie hängen zum grossen Theil sehr anhänglich an ihren Angehörigen, was auch aus ihren Briefen und ihrem Verhalten bei unglücklichen Ereignissen in ihrer Familie hervorgeht. An manchen Festen, z. B. Weihnachten, verrathen sie in sehr zahlreichen Fällen viel Empfindung

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Gemüth.' Wie oft habe ich dies auch von den Geistlichen sagen hören. Die Leute sind dankbar für Alles, was man ihnen thut, und wenn der Arzt sich auch nur einigermaassen in netter und etwas menschlicher Weise ihrer annimmt, so erlebt er oft mehr Freude und dankbare Anerkennung, als draussen in der Praxis. Durchschnittlich haben sie ein normales Gefühl für das, was sich schickt, und die vielen Vorschriften, nach denen sich ihr Verhalten und ihre Führung im Gefängniss richten muss, erfassen sie auch inhaltlich mit ganz gesundem Empfinden.

Dass die Leute keine Tugendbolde sind, versteht sich von selbst. Heuchelei, Lug und Trug findet man natürlich viel. Sie treiben gern Durchsteckereien, suchen die Beamten vielfach gern zu hintergehen; doch dies Alles sind rein menschliche Eigenschaften, welche unter den besonderen Umständen des Anstaltslebens ganz natürlicher und begreiflicher Weise sich mehr ausprägen, als in der Freiheit, Eigenschaften, welche durch die Umstände oft geradezu hervorgerufen und gezüchtet sind. Auch wenn wir die einzelnen disciplinwidrigen Handlungen, wegen deren sie bestraft sind, betrachten und sie rein menschlich nach Erfahrungen, welche man auch draussen macht im Leben, bemisst, so scheinen sie meistens doch relativ recht geringfügiger Art und erscheinen dem ausserhalb Stehenden als Bagatellen, die man kaum bestrafen sollte; im Gefängniss müssen sie allerdings strenger bewerthet werden im Interesse der Disciplin. Wir sehen, dass die Leute im Allgemeinen beeinflussbar sind durch Güte und wohl auch durch Strenge; sie erweisen sich auch im Gefängniss als erziehbar. Nebenbei will ich bemerken, dass ich bei meinen Einzelbeobachtungen nicht den Eindruck gewonnen habe, dass die Gefängnissinsassen in einem so hohen Procentsatz schwachsinnig wären, wie Baer (5) dies annimmt. Ich will zwar ein bestimmtes Urtheil darüber nicht abgeben, doch scheint mir eine exactere Prüfung dieses Verhaltens und ein Vergleich mit einer gleichalterigen Arbeiterbevölkerung, welche rohe Arbeit verrichtet und in etwas eintönigen Verhältnissen lebt, geboten. Ich glaube, dass obiges Urtheil denn doch wesentlich modificirt werden muss.

Das Verhalten des Gesammtgefangenenmaterials, ein Vergleichsobject, welches in Irrenanstalten, wo ja nur mindestens einer Geistesstörung verdächtige Gefangene eingeliefert werden, fehlt, erleichtert die Beurtheilung unserer Individuen sehr wesentlich und gestattet uns sehr werthvolle Schlüsse verschiedener Art zu ziehen. So werden wir bald erkennen, dass unsere Individuen sich auch in den moralischen und ethischen Eigenschaften total verschieden verhalten, wie der Durchschnittsverbrecher; wir sehen, dass sie Ungeheuerlichkeiten darstellen,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welche sich durch ihr geradezu idiotisches Empfindungsunvermögen ganz scharf von dem Gros der Insassen abheben; hier stossen wir in ganz krasser, ekelerregender, Jedermann verblüffender Weise auf einen vollständigen Mangel jeglichen sittlichen Empfindens, jeglicher Gewissensregung, auf absolute Schamlosigkeit, auf Erscheinungen, welche schon in der Art, in welcher sie in den verschiedensten Lagen zu Tage treten, mit zwingender Gewalt uns die Ueberzeugung abnöthigen, dass wir es hier nicht mit etwas Alltäglichem, sondern mit etwas gänzlich von der Norm Abweichendem, mit einem schweren Defecte zu thun haben. Es sind dies Monstrositäten unter dem Gefangenenmaterial, auch was das sittliche Empfindungsvermögen anlangt. „Abnorm“ in dieser Weise sind die Verbrecher im Allgemeinen durchaus nicht, auch nicht zu einem nennenswerthen Procentsatz; davon kann gar keine Rede sein. Wie wäre es sonst auch möglich, im Gefängniss mit wenigen Beamten diese straffe Zucht durchzuführen, wo doch ein einziges der hier geschilderten Individuen sämmtliche Beamte in Athem hält. Auch in Untersuchungshaft verhält sich der Durchschnittsverbrecher seiner Strafsache gegenüber verschieden von unseren Individuen. Ich habe z. B. niemals einen Mörder gesehen, welcher direct nach der That im Gefängniss ein derartiges Gebahren an den Tag gelegt hätte, wie R. Alle zeigten doch ein gedrücktes Wesen und wenn sie sich auch nicht aussprachen, so konnte man doch aus ihrem Verhalten erkennen, dass ein schwerer Druck auf ihnen lastete.

Allerdings würde ich, wenn ich auch auf eine noch so grosse bestialische Verfassung in sittlicher Hinsicht, die sich vielleicht auch aus der Art des Verbrechens ergiebt, stiesse, doch zögern auf einen wirklichen Defect, auf einen pathologischen Zustand zu schliessen, falls dies die einzige auffallende Erscheinung ist, die mir entgegentritt, und ich andere sichere Zeichen einer neuropsychopathologischen Verfassung vermisste. Es könnte dies zu folgenschweren Irrthümern führen.

Nun konnte ich in sämmtlichen Fällen der beschriebenen Art, welche ich zu beobachten Gelegenheit hatte, constatiren, dass die Symptome eines psychopathologischen Verhaltens, besonders die Erregtheit, die grosse Reizbarkeit, das Impulsive und Affective des ganzen Thun und Treibens wie der einzelnen Handlungen im Gefängniss, im Strafvollzug weit mehr in die Erscheinung tritt, wie in der Irrenanstalt, wo sie gar keinem Zwang unterworfen sind und wo alle Bedingungen, sowohl was die Behandlung als die äusseren Einrichtungen betrifft, vorhanden sind, einen mildernden und beruhigenden Einfluss auszuüben. Ueberall, wo die Zügel straffer angespannt und sie in engere Bahnen eingespannt werden, tritt ihre Unzulänglichkeit, den in diesen eng-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gezogenen Linien vorgeschriebenen Kurs einzuhalten und dazu noch eine gewisse Arbeitsleistung zu verrichten, sofort in die Erscheinung. Ganz entsprechende Erfahrungen machen die Aerzte beim Militär, wo das Individuum theilweise ähnlichen Bedingungen ausgesetzt ist. Diesem Umstande schreibe ich es hauptsächlich zu, dass die Beurtheilung von Seiten der Aerzte der Gefängnisse, wie der Aerzte der Irrenanstalten oft so verschieden ausfällt. Das Bild ist eben unter verschiedenen Lebensbedingungen ein ganz verschiedenes und eine zutreffende diagnostische Beurtheilung ist in der Irrenanstalt entschieden weniger leicht möglich als im Gefängniss. Hier zeigen sie durch ihr Gesammtverhalten, durch ihre unsinnigen Forderungen, ihre total vernunftlose und besonders zweckwidrige Art und Weise, ihre an sich schon sinnlosen, stets wechselnden Forderungen durchzusetzen, durch ihr tolles Gebahren, welches ihnen nichts als ein qualvolles Leben einträgt, ein so ungewöhnliches Bild, dass Niemand sich auf die Dauer der Ueberzeugung erwehren kann, dass hier krankhafte Vorgänge sich abspielen und ein abnormer krankhafter Zustand diese hervorruft. Vor allen Dingen werden wir da erkennen, wenn wir ihre einzelnen disciplinwidrigen Handlungen in's Auge fassen, dass diese Handlungen nicht das Product verständiger Ueberlegung sind, sondern dass sie mehr impulsive Willensäusserungen, oft stürmische Entladungen der Affecte darstellen.

Hemmungsgefühle und Hemmungsvorstellungen, welche sich Anderen bei ihren Willensregungen einstellen und eine gewisse Stetigkeit des Handelns bedingen, regen sich bei ihnen nicht, und so sehen wir zwar, was immer wieder als Beweis ihrer normalen Verfassung hervorgehoben wird, dass ein gewisser egoistischer Zweck der einzelnen Handlung zu Grunde liegt, dass aber immer auch diese Handlung eine ruhige, zielbewusste Ueberlegung und damit eine weiterblickende Aussicht, das Ziel thatsächlich zu erreichen, völlig vermissen lässt. Sie folgen stürmisch, triebartig und blind ihren augenblicklichen niedrigen egoistischen Regungen und erreichen thatsächlich das Gegentheil dessen, was sie erreichen wollen, nicht das gute Leben im Gefängniss, sondern qualvolle Zeiten, was manchen dieser Individuen im Affect dazu treibt, dem Leben durch eigene Hand ein Ende zu machen.

Wenn wir diese Beobachtungen, welche wir im Gefängniss mit diesen Leuten und welche die Irrenärzte in den Irrenanstalten machen, berücksichtigen, so werden wir uns sagen müssen, dass, da das Leben in der Freiheit weit grössere Anforderungen an den Menschen stellt, als das Leben in der Irrenanstalt, demnach wohl auch das Verhalten dieser Individuen in der Freiheit, was die Hervorkehrung des pathologischen Zustandes anlangt, verschieden von dem in der Irrenanstalt sein wird:

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und thatsächlich ist dies auch der Fall. Thatsächlich tritt uns auch hier bei dem Leben in der Freiheit in der gesammten Lebensführung, wie in den einzelnen Handlungen eine Unsinnigkeit, Unvernunft und Unzweckmässigkeit, eine Zerrissenheit und Unstetheit, ferner eine starke Reizbarkeit, eine abnorme Reaction auf seelische Reize, wie auf Gifte (Alkohol) neben dem schamlosen und lieblosen Verhalten in auffallender Weise entgegen. Sie leisten nichts, versagen überall, und jede Beeinflussung, geschehe sie in Güte oder in Strenge, prallt an ihrer absoluten Unempfindlichkeit ab. Auf der anderen Seite lehrt die Erfahrung, die wir besonders in Privatirrenanstalten machen können, wohin ja derartige Individuen besserer Herkunft nicht selten untergebracht werden, dass diese Individuen sich hier bald beruhigen und die Erscheinungen eines psychopathologischen Zustandes recht bald zurücktreten. Bei sehr langer Behandlung bis in die reiferen Jahre hinein kann es dann wohl gelingen, sie dahin zu bringen, dass sie sich nach Entlassung aus der Anstalt bei sehr guter Beaufsichtigung in der Freiheit ohne bösere Excesse und Verfehlungen leidlich halten. Es besteht aber, zumal wenn diese Beaufsichtigung nicht eintritt, die an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit, dass in nicht zu langer Zeit das tolle Treiben von Neuem wieder beginnt und das Individuum, wenn es nicht aufgehalten wird in seinem vermeintlichen Siegeszuge, dem völligen Ruin entgegeneilt.

Diese Thatsache ist von mehrfacher grosser, praktischer Bedeutung. Immer wieder können wir es gerade bei Individuen dieser Art erleben, dass sie, wenn sie einige Jahre in der Irrenanstalt gewesen sind, Sehnsucht nach der Freiheit bekommen, und gar häufig stellt sich auch, wenn ihnen der Wille nicht geschieht, der Retter ein, welcher diese Leute aus den düsteren Mauern des „Narrenhauses“, wo sie angeblich nur aus ganz niedrigen egoistischen Motiven ganz gegen alles Recht eingekerkert und begraben waren, befreit. Mit ihrer lebhaften Phantasie und in ihrer schamlosen Art erzählen sie Schauerromane über ihre Erlebnisse, und gern nimmt sich die Presse dieser sensationellen Vorkommnisse an. Die Wiederaufhebung der Entmündigung wird beantragt, und nicht selten kann der Nachgutachter den Schwachsinn, wegen dessen sie meist entmündigt sind, nicht wiederfinden und schreibt ein dementsprechendes Gutachten. Die Entmündigung wird aufgehoben und blamirt ist zunächst der Irrenarzt, bis die krankhafte Verfassung wieder hervortritt und Alles wieder nach ihm, den man vorher mit Schmähungen überhäufte, ruft. Ich selbst habe vor circa 10 Jahren, als in den Rheinlanden die Hetze gegen die Irrenärzte einen epidemischeu Charakter angenommen hatte, ein recht typisches Vorkommniss der Art erleben können. Ein junger Mensch aus reicher Familie, welcher unter den

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeichen dieses Krankheitsbildes unter der Diagnose Schwachsinn in eine Irrenanstalt eingeliefert worden war, wurde von einem Retter, einem Verwandten, an's Tageslicht gebracht, und es begann eine widerliche Hetze gegen den Leiter jener Irrenanstalt, einen ausgezeichneten Mann, der allerseits mit Recht nur die grösste Verehrung genoss. Der Schwachsinn, überhaupt eine geistige Störung wurde nicht gefunden und leichthin wurde die Entmündigung aufgehoben. Nach längerer Zeit kam der vielbesungene Retter, welcher den Menschen bei sich aufgenommen, in meine Sprechstunde, berichtete ganz erregt und empört über das scheussliche Verhalten seines Schützlings, beschwerte sich in einer auf mich wirklich komisch wirkenden, doch äusserst charakteristischen Weise über dessen Gefühllosigkeit und Unmanierlichkeit seinen Angehörigen gegenüber, wie verroht der Mensch in der Irrenanstalt geworden sei etc., und bat mich um Hülfe.

Diese Erfahrungen und Thatsachen zeigen uns des Weiteren, dass es sehr schwierig, ja unmöglich ist, bei diesem Krankheitsbilde zu einer zutreffenden Diagnose zu gelangen nur auf Grund dessen, was wir bei einer Beobachtung in der Irrenanstalt, und mag sie auch 6 Wochen und länger währen, eruiren können. Hier müssen wir Alles, die ganze Persönlichkeit, das ganze Verhalten von früh auf in der Gesammtheit wie in den einzelnen Lebenslagen, das ganze Thun und Treiben zur Beurtheilung mit heranziehen, zugleich auch das körperliche Verhalten, Degenerationserscheinungen und die erblichen Verhältnisse. Bei Abkömmlungen höher gestellter Kreise stösst die Beurtheilung nicht auf so grosse Schwierigkeiten, wie bei dem Verbrecher niederer Herkunft; doch werden wir aber auch hier zum Ziele kommen, aber nur dann, wenn wir nicht von vornherein mit falschen Voraussetzungen über das Wesen der Verbrecher überhaupt an die Untersuchung herantreten, wenn wir obige Erfahrungen im Auge behalten, in etwas selbstloser Weise auch die Vorgutachten berücksichtigen und vor allen Dingen auch, wenn wir den soupçon, hintergangen zu werden, mit welchem man viel zu viel an Verbrecherindividuen, die man beurtheilen soll, herantritt, bei Seite lassen; durchschnittlich wird man nicht fehl gehen, wenn man einen krankhaften Zustand bei einem Verbrecher vermuthet, der lange Zeit in sich selbst schädigender Weise ein auffallendes scheussliches Betragen im Strafvollzug an den Tag legt und durch kein Mittel zu einem vernunftgemässen Handeln gebracht werden kann.

Bei letzteren Punkten möchte ich ganz kurz auf eine sehr viel erwogene Frage hinweisen, die Frage der Simulation. Wie Dr. Frank mit Fall G. (14), so habe auch ich einige wenige, wohl noch interessantere Fälle von Simulation gemeinsam mit Aerzten öffentlicher Irren-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anstalten, in welchen ich die Fälle nachuntersuchen liess, als solche begutachtet, erlebte aber in keinem einzigen Falle damit eine Freude, indem sich in allen Fällen, in einem derselben in zweijähriger Beobachtung nachher im Strafvollzug bei von dem Verbrecher selbst zugestandener Simulation, herausstellte, dass die Leute doch geisteskrank waren. Ich will es mir versagen, des Näheren darauf einzugehen, ebenso auch des Breiteren auf Formen wie die Pseudologia phantastica (19), auf jene eigenartigen Schwindler, die meist Erscheinungen der Hysterie bieten und in diese Gruppe eingereiht werden können. Einen bemerkenswerthen Fall dieser Art habe ich seiner Zeit veröffentlicht (20). Jene Individuen unterscheiden sich auch in ihrer Verbrecherart von der hier beschriebenen Gruppe, den Verbrecherhelden.

Bei allen hier beschriebenen Fällen ist ärztlicherseits Simulation angenommen worden. Thatsächlich haben diese Individuen auch nach verschiedener Richtung simulirt. Sie spielen Rollen, behaupten romanhafte Dinge von ihrer Person, von denen sie recht wohl wissen, dass sie der Wahrheit nicht entsprechen. Wenn wir jedoch genauer auf diese Erscheinung, diese auffallenden Phantastereien, eingehen und zugleich auch auf das ganze Wesen dieser Menschen, so werden wir erkennen auch aus der Art und Weise, wie sie dies thun, dass auch dieser Trieb und die Neigung zu dieser sog. Simulation auf ihre krankhafte Verfassung zurückzuführen ist, besonders ihre erhöhte Phantasiethätigkeit, ihre Grossmannssucht und ihre ethische Minderwerthigkeit, dass also diese ganze Erscheinung ein Symptom, eine Theilerscheinung ihrer psychopathischen Verfassung darstellt und zwar in einer derartig bemerkenswerthen Art, dass es umgekehrt sogar sehr wohl gestattet ist, auch dieses Symptom, diese sog. Simulation, mit heranzuziehen als ein Beweis der psychopathischen Verfassung. Ich weise nochmals hin auf das Räuberhauptmannsthum des L., die merkwürdigen Lügereien des R., welche zugleich auch einen Einblick in sein schamloses Wesen gewähren, auf die vielen Simulationsversuche des G. Zieht man andere Schlüsse aus dieser Erscheinung und verwerthet sie vor Allem als Beweis ihrer normalen Verfassung, so kommt man in arge Collision mit den thatsächlichen Verhältnissen. Wenn es z. B. in dem Gutachten über G. (14) heisst: „Dass man es bei G. mit einem geriebenen Simulanten zu thun habe; derselbe hat im Laufe seiner langjährigen Strafzeiten stets wieder auf jegliche Weise versucht, nicht nur die Beamten und das Personal, sondern auch die Aerzte zu täuschen, theils um sich an der Arbeit vorbeizudrücken, theils um sich bessere Verpflegung zu sichern", so muss man sich doch fragen, ob G. überhaupt unter verständiger Erwägung der Verhältnisse einige Aussicht haben konnte, etwas von dem zu er-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reichen und ob er etwas erreicht hat. Sieht man in die Gefängnissacten, so wird man eine erschreckende Antwort bekommen, welche mit jenem Gutachten absolut nicht in Einklang zu bringen ist.

Wie sollen wir nun diese Individuen klassificiren? Dass wir es mit Individuen zu thun haben, welche mannigfache Zeichen eines psychisch krankhaften Verhaltens erkennen lassen, das dürfte nach dem Gesagten einer besonderen Beweisführung nicht bedürfen. Auch in praxi leugnete Niemand, dass wir es mit geistig „abnormen" Menschen zu thun haben. Damit ist ja freilich nicht ohne Weiteres gesagt, dass ein krankhafter Zustand vorliegt. Wenn wir aber demjenigen, was uns veranlasst von Abnormität zu sprechen, auf den Grund gehen, so werden wir bei genauerer Beobachtung uns sicherlich doch sagen müssen, dass die Symptome und Grundeigenschaften, welche zu diesem abnormen Verhalten die Veranlassung geben, pathologischer Art und Herkunft sind, womit ja weiterhin nicht gesagt ist, dass diese Subjecte im Sinne des Gesetzes für Geisteskranke gehalten werden; das ist eine Sache für sich.

Wie ich schon hervorhob, nehme ich mit anderen, besonders Binswanger(9) an, dass diese Formen geistiger Abnormität durchaus auf erblich degenerativem Boden erwachsen und Degenerationszustände darstellen. Jedoch erscheint es mir viel zu allgemein und auch für das Bild von zu wenig charakteristischer Bezeichnung, wenn man einfach von degenerativem Irresein spricht; es erscheint dies auch deshalb nicht geeignet, weil wir hier Zustandsformen vor uns haben, welche von früh auf bestehen und irgend etwas Progressives in ihrem Verlauf nicht haben.

Ebenso wenig will es mir richtig und zweckdienlich erscheinen, das Bild einfach der grossen Gruppe des Schwachsinns unterzuordnen und einfach die Diagnose auf Schwachsinn zu stellen, wie dies meistentheils geschieht. Ob diese Individuen schwachsinnig sind, wie ihre Intelligenz beschaffen ist, ist eine Frage, welche ganz im Allgemeinen immer Gegenstand der Diskussion war und diese Frage bildet auch heute noch bei der forensischen Begutachtung im Einzelfall fast immer den Hauptgegenstand der Erörterung, nach dem man das Individuum bemisst. Ich kann nicht sagen, dass ich gerade diesem Punkt eine derartige Hauptbedeutung zusprechen möchte. Ich halte es sogar für die practische Beurtheilung für verkehrt, wenn dies geschieht. Wie die Intelligenz beschaffen ist, darüber werden sich die Sachverständigen, je nachdem sie dieses oder jenes Symptom als Zeichen einer schwachsinnigen Veranlagung mit heranziehen oder nicht, im Einzelfall immer uneinig sein. Schwachsinnig im gewöhnlichen Sinne sind diese Individuen, welche ich hier im Auge habe, nicht in erster Linie. Sie wissen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

alles mögliche, haben sich oft viel angeeignet und geben ihr Urtheil über Dies und Jenes mit grosser Gewandtheit und grossem Selbstbewusstsein ab, und eine geistige Schwäche wird sich bei einigen Explorationen nicht immer sofort klar erweisen lassen. Bei näherem Bekanntwerden wird man jedoch allerdings auch in der Intelligenz auf Defecte stossen. Die Leute erweisen sich durchaus als Blender, als ganz oberflächliche Naturen, welche durch das, was sie sich mit Hilfe ihres guten Gedächtnisses angeeignet haben und in selbstgefälliger Weise produciren, nur eine kurze Zeit ihre innere Hohlheit zu verdecken im Stande sind. Immer wird man dann in der höheren geistigen Leistungsfähigkeit, in der Urtheilsfähigkeit, erhebliche Mängel aufdecken können. Allenthalben stossen wir auf Einsichtslosigkeit und mangelhafte Logik auch bezüglich ihrer Person und Lage, auf falsche Selbstkritik, auf hochgradige Ueberschätzung ihrer Person und ihres Könnens, auf einen sehr beschränkten Ideenkreis, auf den auffallenden läppischen Zug bei allem Dünkel. Sie renommiren mit ihrer Schläue, sagen sich aber nicht, dass sie damit eigentlich nichts erreichen. Auch kann man schliesslich doch auch ihre moralische Idiotie als Zeichen geistiger Schwäche auffassen. Bei dem völlig vernunftswidrigen Verhalten spielen mehrere Eigenschaften ursächlich eine Rolle, neben der mangelhaften Urtheilsfähigkeit, wie oben gesagt, vor allem ihre impulsive Art.

So meine ich denn, dass eine geistige Schwäche auch hier vorhanden ist, wenn sie auch nicht auf allen Gebieten geistiger Leistungsfähigkeit zu Tage tritt; wir beobachten ja auch sonst bei angeborener schwachsinniger Veranlagung, sogar bei höheren Graden der Idiotie, wie merkwürdig ungleichmässig oft die einzelnen Qualitäten seelischer Leistungsfähigkeit entwickelt sind. Jedoch tritt hier dieser Schwachsinn gegen andere Erscheinungen eines krankhaften abnormen Verhaltens doch sehr in den Hintergrund und ich halte es nach mannigfachen Erfahrungen, die ich oben schon angedeutet habe, für sehr unzweckmässig und auch sehr schädlich, besonders bei der forensischen Beurtheilung, wie dies immer geschieht, einfach von Schwachsinn zu sprechen.

Man hat für den Symptomencomplex, welchen besonders die Fälle W. und R. in charakteristischer Weise bieten, in engerer Umgrenzung die Bezeichnung moral insanity, moralisches Irresein oder richtiger Gefühlsirresein gebraucht. Ich muss allerdings sagen, dass diese Bezeichnung etwas sehr Wesentliches wiedergiebt und deshalb nicht unangebracht ist. Indess ist diese Bezeichnung doch derartig, dass die grosse Gefahr naheliegt, dass sie zu allen möglichen Missdeutungen Veranlassung giebt und auch practisch bei gerichtlichen Begutachtungen zu missbräuchlichen Anwendungen führen kann. Dass dies früher in hohem Grade der Fall

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

war, vielfach zum Schaden der Werthschätzung ärztlicher Begutachtung von Seiten der Richter, das geht aus vielen Berichten deutscher Autoren zur Genüge hervor; hauptsächlich aus den Gründen wollen Autoren, wie Binswanger (9), Baer (5), Liman (21), Griesinger (22) diese Bezeichnung gänzlich aus der Nomenclatur verbannen und thatsächlich wird sie heute nicht mehr angewandt. Ich habe sie selbst im Schlussurtheil in meinem Gutachten stets vermieden und möchte aus diesen Gründen auch nicht dafür plädiren, dass sie wieder eingeführt wird.

Ich habe in praxi die Erscheinungsform durchweg in die Gruppe der Imbecillität im Sollier'schen Sinne (23) untergeordnet. Allerdings habe ich Bedenken, einfach von Imbecillität zu sprechen, weil man mit diesem Begriff in erster Linie eine Geistesschwäche mit zu verbinden gewohnt ist. Je mehr und länger ich Individuen dieser Art beobachtet habe, desto mehr habe ich die Ueberzeugung gewonnen, dass diese Erscheinungsformen ganz besondere, immer gleichartige und entschiedene charakteristische Züge in sich vereinigt, so dass ich doch glaube, dass es berechtigt und Angesichts mancher Erfahrungen auch erwünscht ist, diese Form als eine besondere Gruppe hinzustellen, welche allerdings wegen der angeborenen, theilweise idiotischen Veranlagung der Idiotie oder deren leichterem Grade, der Imbecillität, unterzuordnen ist, wobei wir aber gut thun wegen der ganz eigenartigen Färbung eine zusätzliche Bezeichnung, welche eine Haupteigenschaft kennzeichnet, beizufügen und von moralischer Idiotie oder moralischer Imbecillität zu sprechen. Es befriedigt mich diese Bezeichnung in Anbetracht der anderen Erscheinungen allerdings zwar auch nicht.

Wie dies mehrfach geschieht, noch verschiedene Unterordnungen zu schaffen, halte ich nicht für nothwendig, weil bei den einzelnen Individuen diese oder jene Eigenschaft zwar wohl sehr ungleich scharf in die Erscheinung tritt, indess das Gesammtbild doch nicht so wesentlich dadurch verändert wird, dass eine besondere Gruppirung deshalb nothwendig erschiene.

Mit wenigen Worten und nur, soweit mir dies speciell bei diesem Krankheitsbilde nothwendig erscheint, will ich noch auf die Lehre Lombroso's vom geborenen Verbrecher eingehen. Bekanntlich lehrt ja Lombroso, dass der Verbrecher zu einem hohen Procentsatz, etwa $^1/_3$, einen besonderen Typus darstellt, welcher in typisch seelischen und typisch körperlichen Merkmalen erhebliche Abweichungen vom Typus der Rasse und auch vom Typus des Menschen zeige. Und wir sehen ferner, dass er und seine Schule die Erscheinungsform des „Delinquente nato" identificirt mit dem Bilde der „moral insanity". So schreibt z. B. Kurella (24): „Es ist das Verdienst Lombroso's, nachgewiesen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu haben, dass die meisten unverbesserlichen Berufsverbrecher den Typus der sogenannten moral insanity zeigen und dass dieser Typus eine Fülle von theils atavistischen, auf Entwickelungshemmungen beruhenden, theils pathologischen Charakteren besitzt, welche die moral insanity als eine Gruppe der Imbecillität erkennen lassen.“ Kurella erkennt diese Individuen indess nicht als Kranke an und schliesst consequenter Weise, „dass die Annahme einer auf moral insanity beruhenden Unzurechnungsfähigkeit unzulässig ist.“ (25).

Kraepelin (13), welcher die moral insanity unter dem Kapitel „der geborene Verbrecher“ in seinem Lehrbuch der Psychiatrie behandelt, sagt dabei: „Niemand wird sich dem gewaltigen Eindruck entziehen können, den der gleichzeitige Anblick einer grösseren Zahl von Zuchthausgefangenen darbietet. Man erkennt hier auf den ersten Blick, dass man eine Sammlung von Personen vor sich hat, die fast alle in irgend einer Weise verbildet und missrathen sind.“ Und wie ich öfters hörte und wie mir speciell auch im Falle W. entgegengehalten wurde, besteht unter den Irrenärzten vielfach die Meinung, dass „die Verbrecher fast alle in dem Sinne, wie W. es ist, geistig abnorm seien.“

Wer als Gefängnissarzt und Gerichtsarzt an einem grossen Materiale dem Ursprung des Verbrecherthums und der Natur und dem Werdegang des Verbrechers nachgeht, dem drängt sich allerdings, je vertrauter er mit diesen Verhältnissen wird, immer mehr die Ueberzeugung auf, dass es nicht berechtigt ist, der Lombroso'schen Lehre sich so ablehnend gegenüber zu stellen, wie dies von vielen Seiten auch heute noch geschieht. Dass es geborene Verbrecher gibt, Individuen, welche durch ihre fehlerhafte Anlage instinctiv auch ohne Hinzutritt äusserer ungünstiger Verhältnisse zu einer asocialen und antisocialen Lebensführung gedrängt werden, das ist mir nicht der mindeste Zweifel und ebensowenig kann es mir zweifelhaft sein, dass gerade unsere Individuen, die moralisch Imbecillen, geborene Verbrecher κατ' ἐξοχήν sind. Ihre ganze Verfassung, ihr Triebleben machen es ihnen von vornherein unmöglich, den Lebensweg zu gehen, den der Durchschnittsmensch beschreitet. Dass freilich Milieu und Erziehung auch bei ihnen insofern eine Rolle spielen kann, dass diese Momente ihnen nach der Verbrecherseite eine bestimmte Richtung zu verleihen, dem ganzen Bild eine bestimmte Färbung zu geben und auf die verbrecherische Veranlagung einen fördernden oder hemmenden Einfluss auszuüben im Stande sind, das ist mir allerdings nicht zweifelhaft. Doch gelingt es, soweit ich dies zu beurtheilen vermag, in den Fällen, welche man hierher zu zählen die Berechtigung hat, auch bei den denkbar günstigsten Verhältnissen nicht, solche Individuen zu selbständigen, social brauchbaren und nützlichen Gliedern

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Gesellschaft zu machen und bei der peinlichsten Obhut und bei sachgemässer Behandlung besonders in den Jugendjahren, in welchen die Triebe mächtig auf sie einzuwirken scheinen, kann man es nur erreichen, sie zu unschädlichen Parasiten am Volkskörper zu machen; höchstens ist es zu ermöglichen, ihre Arbeitskraft unter dauernder, sachgemässer Leitung und Ueberwachung, wie sie in Freiheit meist nicht zu bewerkstelligen ist, in etwa auszunutzen. Dass sie selbständig etwas leisten und vorwärts bringen im Leben, das scheint mir ausgeschlossen.

Wenn ich nun aber das Gros des Verbrecherthums an dem grossen Material, welches ich im Lauf der Jahre zu beobachten in der Lage war, in's Auge fasse, so muss ich der Meinung, dass die Verbrecher zum grössten Theil oder zu einem sehr hohen Procentsatz, wie dies behauptet wird, geborene Verbrecher im Sinne der moral insanity seien, widersprechen. Ich will mich hier nur an dieses Bild halten. Dass unter den Verbrechern ein grosser Procentsatz in anderer Weise eine geistig abnorme Verfassung erkennen lässt, die auf ererbter und damit auch angeborener Grundlage beruht, einer Grundlage, auf welcher sich dann im Lauf der Zeit unter gewissen äusseren Umständen auch starke verbrecherische Neigungen und eine Unzulänglichkeit den Anforderungen des Lebens zu genügen, die zum Verbrechen führt, entwickelt, das ist bekannt; davon will ich hier nicht reden.

Wenn wir aber klinisch differenciren (wie dies analog, allerdings im umgekehrten ursächlichen Verhältniss bezüglich der Lehre der sogenannten traumatischen Neurose zu geschehen hat) und wenn wir so das Bild der moralischen Idiotie (moral insanity) eng umgrenzen, dann müssen wir uns sagen, dass ausgesprochene Verbrechernaturen dieser Art unter dem Gros der Verbrecher verhältnissmässig seltenere Erscheinungen sind.

Ich glaube für diese meine Ansicht auch folgende Angabe von Baer (5) anführen zu dürfen: „Aus der vieljährigen Erfahrung im ärztlichen Gefängnissdienst kann ich versichern, dass unter den Verbrechern in den Gefangenanstalten sittlich Stumpfe und sittlich Verwahrloste in grosser Anzahl, sittlich Blödsinnige aber in verschwindend geringer Menge vorhanden sind, dass sie unter den geisteskranken Verbrechern selbst nur ein ausnahmsloses Vorkommniss bilden. Nur äusserst selten begegnet man unter Letzteren Fälle, bei denen nicht andere Kennzeichen einer psychischen Krankheit deutlich erkennbar und bei denen die ethische Degeneration den Grundton des Irrsinns bildet.“ Ich möchte glauben, dass Baer mit diesen Bemerkungen unsere Individuen im Auge hatte. Nach meiner Erfahrung bilden sie dann allerdings nicht eine solche Rarität, wie man danach entnehmen sollte. Ich kann Letzteres

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schon nicht annehmen auf Grund meiner Erfahrungen, welche ich bei Abkömmlingen höherer Kreise gemacht habe.

Wollen wir dieser Frage nachgehen, so werden wir von vornherein erwarten dürfen, dass die Zwangserziehungsanstalten eine Fundgrube gerade für diese Individuen bieten, tritt ja doch die moralische Perversität, die Verbrecherqualität schon im frühesten Kindesalter zu Tage. So habe ich auch bei Verbrechern dieser Art im Allgemeinen die Erfahrung machen können, dass sie nicht im Elternhaus verblieben, sondern zur Erziehung in solche Anstalten untergebracht wurden.

In dieser Hinsicht ist besonders die verdienstvolle Arbeit von Mönkemöller (18) über seine Beobachtungen, welche er in dem Erziehungshause Lichtenberg gemacht hat, sehr werthvoll. Diese Arbeit giebt uns auch einen kleinen Fingerzeig, wo schon der Hebel anzusetzen ist, will man ernstlich daran gehen, das Verbrecherthum einzudämmen. Die Arbeit ist in mancher Hinsicht interessant und regt zu weiteren Untersuchungen an. So ging Mönkemöller den hereditären Verhältnissen nach und musste hauptsächlich den Alkoholismus beschuldigen, während er bei einer geringen Anzahl Bestrafungen bei den Eltern antraf. Unter 200 Fällen wird nur bei 15 die Gewöhnung an eine antisociale Lebensführung durch einen directen activen Einfluss der Eltern erwähnt und angenommen.

Für unsere specielle Frage wichtig ist, dass Mönkemöller unter diesen 200 Zöglingen 13 beobachtete, „die einerseits einen auffallend hohen Grad der sittlichen Verderbniss aufweisen, andererseits keine allzusehr in die Augen springende Intelligenzschwäche erkennen lassen,“ Fälle, „welche sich am zwanglosesten in den Rahmen der viel umstrittenen moral insanity einfügen . . . andererseits sich so ziemlich decken mit dem Begriff des geborenen Verbrechers.“

Die Mittheilungen, welche Mönkemöller über das Verhalten dieser Individuen in ihren Knabenjahren macht, sind zwar kurz; sie sind aber für unsere Erwägungen sehr wichtig, zumal sie sich vollkommen decken mit den hier mitgetheilten Beobachtungen. Wir sehen also daraus, dass diese Exemplare in diesen Anstalten, wo wir sie hauptsächlich zu suchen haben, doch nicht in sehr grosser Anzahl zu finden sind, immerhin aber doch in einer Anzahl, welche entschieden grösser ist, als man nach allgemeinen Erfahrungen im Gefängniss vielleicht vermuthen sollte. Es ist mir unsympathisch, mehr oder weniger falsche Zahlen hier anzugeben, so wünschenswerth ein gewisser Anhalt auch wäre. Sie bilden bei Weitem aber nicht 1 pCt. der Gefängnissinsassen oder derjenigen Individuen, welche wir Verbrecher nennen können.

Ich halte es nun nicht für unwahrscheinlich, dass sich die passiven,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anergetischen Formen dieser Art der Imbecillität in grösserer Anzahl unter dem Verbrechermaterial vorfinden, als die erethischen mehr activen, und dass ihre abnorme Verfassung in Folge ihres mehr apathischen Wesens im Gefängniss weniger in die Erscheinung tritt. Einen gewissen Fingerzeig giebt uns nach dieser Richtung das häufigere Vorkommen von ausgeprägten körperlichen Entartungserscheinungen unter den Verbrechern als in der freien Bevölkerung. In letzter Zeit wird zwar auch bestritten, dass dies der Fall sei. Ich möchte aber, wenn ich auch selbst Mangels an Zeit exacte Vergleichsuntersuchungen an dem grossen Material, welches meiner Beobachtung zur Verfügung stand, nicht gemacht habe, doch aus vielen Einzeluntersuchungen und dem ganzen Eindruck, den ich gewonnen habe, an den mir zuverlässig und zutreffend erscheinenden Mittheilungen und Forschungen deutscher Autoren, vor Allem von Knecht (26, 27) und Baer (5) festhalten. Allerdings können auch hier nur exacte Untersuchungen zu einem bestimmten bindenden Resultate führen, und man darf sich um so weniger auf solche Eindrücke verlassen, je weniger man Gelegenheit hat, das Gefangenenmaterial genauer kennen zu lernen und mit den thatsächlichen Verhältnissen vertraut zu werden. Bei gelegentlichen Besuchen eines Gefängnisses wirken so viele Eindrücke auf den Besucher ein, dass er leicht zu Auffassungen kommt, welche irrig sind.

Bekanntlich schwinden auch die Galgenphysiognomien, die man bei ersten Besuchen überall zu erkennen glaubt, sogar für den mit den Verhältnissen Vertrauten oft in ganz überraschender Weise, wenn die Leute in andere Umgebung versetzt sind, wenn sie eigene Kleider tragen und die Haare wieder in einer Weise, wie man sie draussen zu sehen gewohnt ist, gewachsen sind; da bleibt von der Galgenphysiognomie oft gar nichts mehr übrig. So ist auch der Eindruck, dass die Zuchthausgefangenen eine Sammlung von Personen darstellen, „welche fast Alle in irgend einer Weise verbildet und missrathen“ sind, weit über das Ziel hinausgeschossen. Ich nehme aber nach wie vor, wie gesagt, an, dass die körperlichen Entartungszeichen sich bei Gefangenen ebenso wie bei Geistes- und Nervenkranken, besonders bei Nachkommen von Trinkern und Epileptikern, ungleich häufiger finden als bei der freien Bevölkerung und ich habe vorläufig gar kein Bedenken, diese somatischen Erscheinungen in beiden Fällen in ganz congruenter Weise zu einem gewissen Theil auch als Ausdruck einer ererbten cerebralen, psychischen Degeneration aufzufassen, welche eines Theils die Disposition zur Geistesstörung andererseits zu Minderwerthigkeiten, welche zum Verbrecherthum die Neigung abgeben, in sich birgt. Selbstverständlich geben uns ja die körperlichen Entartungserscheinungen allein, auch

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wenn sie noch so gehäuft und ausgeprägt auftreten, keinerlei Berechtigung irgendwelche Schlüsse zu ziehen nach den besagten Richtungen. Je mehr wir das Verbrecherthum durchforschen, desto mehr sehen wir und werden wir sehen, dass endogene Ursachen beim Zustandekommen des Verbrecherthums vielfach eine Rolle spielen und es wird eine dankbare, wenn auch schwierig zu lösende Aufgabe sein, zu erforschen, in welchem Umfang wir annehmen dürfen, dass psychische Minderwerthigkeiten und Zustände im Sinne der moral insanity hier eine Rolle spielen. Diese Frage ist bei uns in Deutschland noch nicht in exacter Weise untersucht und eine Berechtigung, ein sicheres Urtheil darüber abzugeben, haben wir meines Erachtens heute noch nicht. Bisher sind bei derartigen Untersuchungen, welche z. B. von Knecht an einem grossen Verbrechermaterial angestellt wurden, hauptsächlich nur ausgeprägte Psychosen, erhebliche Schwachsinnsformen, Epilepsie etc. in Berücksichtigung gezogen worden.

Was endlich die Frage der Zurechnungsfähigkeit anlangt, so kann hier lediglich die Frage maassgebend sein, ob wir hier krankhafte Zustände der Geistesthätigkeit vor uns haben und ob im Einzelfall diese krankhafte Zustand so erheblich ist, dass er Unzurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51 St.-G.-B. bedingt. Die erste Frage ist zu bejahenr Wenn wir aber dieser Ansicht sind und annehmen, dass es sich hier um ein von Geburt an fehlerhaft entwickeltes Gehirnorgan handelt und wenn wir in dem Gebahren und den Handlungen des Individuums ganz oder theilweise den Ausdruck und das Product dieser Missbildung zu erkennen haben, so weiss ich nicht, was für uns die Veranlassung sein könnte, bei der forensischen Beurtheilung an diese Individuen mit ganz anderen Kriterien und Prinzipien heranzutreten, als an geistig krankhafte Individuen anderer Art.

Fraglich kann, wie bei der Imbecillität überhaupt, nur im Einzelfall sein, wie hochgradig die pathologische Verfassung entwickelt ist, und in welchem Maasse das Handeln des Individuums durch diese Verfassung beeinflusst und durch dieselbe hervorgerufen wird.

Legen wir der forensischen Beurtheilung dieser Personen einen gesonderten Maassstab zu Grunde etwa wegen der stark entwickelten Verbrechereigenschaft, so kann uns dies nur zu Ergebnissen führen, welche uns rechtlich und practisch auf Irrwege führen und uns die Handhabe für eine allein sachgemässe, auch der Allgemeinheit dienliche Behandlung und Unschädlichmachung dieser Individuen aus der Hand nehmen. Ich muss dabei hervorheben, dass von einem Strafvollzug, sei es, in welcher Form er auch geschähe, wenn der pathologische Zustand entwickelt ist, wie in den mitgetheilten Fällen, gar keine Rede sein kann; eine Er-

Generated on 2019-02-17 16:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

ziehbarkeit oder Beeinflussung durch eine Strafe ist hier ebenfalls ausgeschlossen.

Es kann hier nur die Unschädlichmachung des Individuums in Frage kommen und wie die Erfahrung lehrt, kann man nur dann auf den Zustand des Individuums einen günstigen Einfluss ausüben, wenn nach rein irrenärztlichen Grundsätzen verfahren wird.

Vielfach wird man diese Individuen als Typen für die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit halten. Wie ich über diese Reformbestrebung denke, habe ich an anderer Stelle (28) ausgeführt.

Literaturverzeichniss.

1. Bleuler, Ueber moralische Idiotie. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. VI. Suppl. S. 54.
2. Deiters, Beitrag zur gerichtsärztlichen Beurtheilung der höheren Stufen der Imbecillität. Allg. Zeitschr. f. Psych. etc. Bd. 35. S. 135.
3. Müller, Erdmann. Ueber „moral insanity“. Archiv für Psychiatrie. XXXI. 325.
4. Naecke, Ueber die sog. „moral insanity“. Wiesbaden. Bergmann. 1902.
5. Baer, A., Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung. Leipzig 1893.
6. Mendel, Moral insanity. Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. Bd. XIII. II. Aufl. 1888.
7. Westphal, Berliner klinische Wochenschrift. 1878. No. 15. S. 214.
8. Meynert, Th. Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien 1890.
9. Binswanger. Ueber die Beziehungen des moralischen Irreseins zu der erblich degenerativen Geistesstörung. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. No. 299.
10. Holländer, Zur Lehre von der „moral insanity“. Jahrbücher für Psychiatrie. IV. 1883.
11. Knop, Ueber „moral insanity“. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie etc. XXXI. 1875. S. 697.
12. Longard, Geisteskrankheiten bei Gefangenen. Psychiatr. Wochenschr. 1901. No. 39.
13. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Aufl.
14. Frank, Ein Fall von Simulation. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie etc. Bd. 54. S. 136.
15. Kleudgen, Ueber das sog. moralische Irresein. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin. L. Neue Folge. Supplementheft.
16. v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie.
17. Stier. Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung. Halle a. d. S. C. Marhold 1905.
18. Mönkemöller, Psychiatrisches aus der Zwangsversicherungsanstalt. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie etc. Bd. 56.

Generated on 2019-02-17 16:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

19. Delbrück, A. Die pathologische Lüge und die psychisch-abnormen Schwindler. Stuttgart. 1891.
20. Longard, Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. Band 55.
21. Liman, Gerichtliche Medicin. VII. Berlin. 1881.
22. Griesinger, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten.
23. Sollier, Der Idiot und der Imbecille. Deutsch von Brie. 1891.
24. Kurella, Cesare Lombroso und die Naturgeschichte des Verbrechers. Hamburg. 1892.
25. Kurella, Zurechnungsfähigkeit. Kriminalanthropologie. Halle a. d. S. 1903. Gebauer, Schwetschke.
26. Knecht, Ueber die Verbreitung physischer Degeneration bei Verbrechern und die Beziehungen zwischen Degenerationszeichen und Neuropathien. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 40.
27. Knecht, Ueber den Werth der Degenerationszeichen bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 54.
28. Longard, Die verminderte Zurechnungsfähigkeit. Monatsschr. für Kriminalpsychologie etc. 1906.

Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

V.

Aus der psychiatrischen Klinik der Reichs-Universität Utrecht.

Zur Symptomatologie der Aphasie

mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen Sprachverständniss, Nachsprechen und Wortfindung.

Von

Karl Heilbronner.

Die Geschichte der Aphasieforschung lässt, so vergleichsweise jung sie sein mag, schon eine Reihe von Epochen unterscheiden; den grundlegenden Entdeckungen Broca's und Wernicke's folgte zunächst die Periode der Nachprüfung der Hauptthatsachen; sie hat zum Ergebniss gehabt, dass zwei Hauptformen der Aphasie — eine motorische und eine sensorische — jetzt unbestritten anerkannt sind, und dass auch über ihre grobe Localisation in bestimmten Theilen der linken Hemisphäre — der Broca'schen und der Wernicke'schen Stelle — allgemeine Uebereinstimmung besteht[1]). Eine folgende Epoche bemühte sich vor Allem an der Hand genauerer klinischer Untersuchung und unter Berücksichtigung der Lese- und Schreibstörungen die klinischen Details zu sichten, und auch auf sie das localisatorische Princip nutzbar anzuwenden; der Weg für diese Forschungen schien gewiesen durch die Schemata, wie sie Wernicke, Lichtheim und zahlreiche Nachfolger aufgestellt hatten; man musste sich aber bald überzeugen, dass kaum eines der Schemata auch nur zur Erklärung des Einzelfalles ausreichen wollte, und es kam dann die Zeit, wo fast jeder Autor zur vermeintlichen Erklärung „seines" Falles eine Modification des Schemas oder ein ganz neues aufzustellen sich berufen fand. Die Verirrungen, zu denen diese Betrachtungsart

1) Die jüngsten Aufstellungen P. Marie's (Semaine médicale. 1906. No. 21) können hier wohl unerörtert bleiben.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zuletzt leitete, vor Allem aber die sich mehrende Ueberzeugung, dass den zahlreichen „Centren" des Schemas zumeist bei der Autopsie keine solchen im Gehirne entsprechen wollten, hat nach dieser Richtung relativ bald zu einer gewissen Ernüchterung geführt: die — sei es alten, sei es modificirten, sei es ganz neuen — Schemata beginnen aus der Aphasieliteratur mehr und mehr zu schwinden. Die Hoffnung, dass man aus dem Schema, geschweige denn aus dem autoptisch gefundenen groben Hirnherde mehr als die allergröbsten Symptome einer Sprachstörung unmittelbar ablesen, resp. ableiten könne, ist wohl von der Mehrzahl der Autoren aufgegeben.

Die Wirkung dieser Erkenntniss war eine recht verschiedenartige: vieler hat sich eine gewisse Müdigkeit und Verzweiflung bemächtigt, sie glauben, dass die Aphasielehre durch die immense darauf verwandte Arbeit über einen lange erreichten Punkt hinaus nicht gefördert worden sei und auch durch weiteres Mühen nicht zu bringen sei; man findet begreiflicher Weise diese Ansicht weniger häufig in der Literatur vertreten, als man sie — wenigstens nach meinem persönlichen Eindruck — im mündlichen Gedankenaustausch zu hören bekommt. Man mag diesen Standpunkt begreiflich finden anlässlich eines Thatbestandes, der Wernicke[1]) selbst zu dem resignirten Zugeständniss zwingt, „dass die von ihm als allgemein gültig hingestellten Erfahrungen fast sämmtlich auf Grund von entgegenstehenden Erfahrungen bestritten werden können"; die Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit, sich in der trotz allem lawinenartig anschwellenden Aphasieliteratur auch nur einigermaassen auf dem Laufenden zu halten, mag weiterhin manchen von der Beschäftigung mit diesem Capitel zurückhalten.

Ich möchte schon hier bemerken, dass ich diese Resignation nicht für berechtigt halten kann; die zweifellosen Enttäuschungen ergaben sich, als man versuchte, verlockt durch die glänzenden Erfolge in der localisatorischen Betrachtung relativ grober Complexe, dieselbe Betrachtung vorzeitig auch auf die feineren und feinsten Details auszudehnen, vorzeitig deshalb, weil weder unsere klinische, noch auch unsere anatomische Untersuchungstechnik bis jetzt jene Feinheit erreicht hat, die eine wirklich ausreichende Analyse der beiden Reihen, geschweige denn eine Vergleichung derselben bezüglich der Details erlaubte. Jeder Fortschritt nach der Richtung der anatomischen und klinischen Detailarbeit, wie sie neuerdings ja von den verschiedensten Seiten angebahnt wird, muss am Ende ebenso dazu beitragen, Schwierig-

1) Wernicke, Der aphasische Symptomencomplex. Deutsche Klinik. S. 550.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keiten und Widersprüche zu lösen, wie die Arbeit des Decenniums nach Broca, zuletzt gekrönt durch die Entdeckung und Localisation der sensorischen Aphasie, die Bedenken aufgehoben hat, die ein Forscher vom Range Trousseaus gegen die Richtigkeit und grundsätzliche Bedeutung der Broca'schen Feststellungen Jahre lang erheben zu müssen glaubte.

Unterdessen hat man auch nach anderen Möglichkeiten zur Behebung der mannigfachen Schwierigkeiten Umschau gehalten; hierher gehört vor Allem die grössere Berücksichtigung persönlicher, individueller Eigenthümlichkeiten: ich erinnere an die — vielleicht nicht nur für die Schreib- und Lesleistungen bedeutsame — Schreib- und Lesegewandtheit der Untersuchten, die namentlich von den französischen Autoren betonte Differenz zwischen visueller, auditiver und motorischer Veranlagung, an das von Fall zu Fall je nach dem Gesammtzustand des Gehirns verschiedene vicariirende Eintreten der Umgebung des Herdes, vor Allem aber an die anscheinend mannigfach abgestufte Mitwirkung der contralateralen, also beim Rechtshänder der rechten Hemisphäre bei den sprachlichen Leistungen unter normalen Verhältnissen und ihre damit parallel gehende Fähigkeit, die Function eines zerstörten linksseitigen Gehirnabschnittes zu übernehmen. Alle diese und analoge Factoren verdienen Berücksichtigung; aber abgesehen von dem principiellen Bedenken gegen eine Auffassung, die leicht dazu führen kann, unverstandene und zunächst unerklärbare Befunde als individuelle Eigenthümlichkeiten aus der allgemeinen Gesetzmässigkeit einigermaassen zu eliminiren, geräth man nicht allzu selten auch bezüglich eines Einzelfalles auf Symptomencombinationen, die sich auch mit keiner, gleichviel wie gearteten individuellen Besonderheit mehr erklären lassen.

In der letzten Zeit endlich hat eine Auffassung mehr und mehr Anerkennung gefunden, die zunächst von Bastian formulirt, in Deutschland besonders durch Freud acceptirt und propagirt wurde. Sie lehrt — übrigens seitdem auch, wenigstens terminologisch, wieder mannigfach modificirt — dass die Variationen, deren Ursachen man auf den bisher eingeschlagenen Wegen vergeblich zu ergründen gesucht hatte, als functionell zu betrachten wären, functionell in dem Sinne nämlich, dass das Zustandekommen verschiedener Leistungen verschieden hohe Anforderungen an die Functionstüchtigheit des cerebralen Mechanismus stelle, sodass also bei einer zunehmend schwereren, aber extensiv gleichbleibenden Schädigung bestimmter Provinzen die verschiedenen Functionen in gesetzmässiger Reihenfolge vernichtet werden, während sie bei eintretender Restitution in umgekehrter Reihenfolge wieder auftreten müssen. Diese Auffassung hat, wie ja auch ihre weitgehende Anerkennung be-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weist, viel Bestechendes; sie entzieht sich allerdings der Controlle, wie auch der Widerlegung durch den anatomischen Befund; die Frage ihrer Berechtigung oder Nichtberechtigung kann deshalb nur auf dem Boden der klinischen Beobachtung entschieden werden.

Ich habe den sehr summarischen Ueberblick über die bisherige Entwicklung der Aphasiefrage vorausgeschickt, um an der Hand desselben darauf hinzuweisen, dass die neueste Bastian-Freud'sche Richtung nicht nur von der durch Wernicke begründeten klassischen Aphasielehre, sondern auch von den späteren, kurzgestreiften Modificationsversuchen zum Theile principiell verschieden ist. Die Scheidung zwischen motorischer und sensorischer Aphasie wird von allen Richtungen anerkannt; die Differenz bezieht sich auf die Auffassung der Details, die sich in unendlicher Mannigfaltigkeit und Variation darstellen. Die klassische und die sich ihr anschliessenden, nachklassische Schule bezieht die Variationen auf eine wechselnde Schädigung resp. — von vornherein gegebene oder vicariirend erfolgende — Inanspruchnahme verschiedener Hirnelemente: die Anhänger dieser Auffassung differiren vornehmlich bezüglich der Frage, wie weit die Unterschiede schon jetzt bestimmte Gruppenbildungen zulassen und wie weit sich dafür schon jetzt etwa eine anatomische Grundlage nachweisen lässt. Dem gegenüber nimmt die modernste Richtung an, dass innerhalb der beiden Hauptgruppen immer die gleichen Elemente, aber in quantitativ wechselndem Grade geschädigt wären und nach Maassgabe der stärkeren oder geringeren Schädigung auf verschiedene, psychologisch definirte Reize noch in verschiedenem Maasse zu reagiren imstande wären. Es ergiebt sich daraus, dass die ältere Auffassung eine bis zu einem gewissen Grade unbegrenzte Möglichkeit von Symptomencombinationen eröffnet, auch — oder vielleicht gerade — wenn man von der Construction linienreicher Schemata absieht. Die Gefahr, die darin liegt, soll hier nicht verkannt werden; die wichtige argumentatio e contrario wird ausgeschlossen, wenn unter Umständen durch eine geringe Differenz in der ursprünglichen Organisation des Gehirns oder in der gesetzten Schädigung jede Beobachtung plausibel gemacht werden kann, die anders gegen die Richtigkeit einer aufgestellten Hypothese ins Feld geführt werden könnte. Dem gegenüber stellt die neueste Theorie — und dem entspricht ja auch ihre bestechend einfache Fassung — ganz bestimmte Normen: sie würde — ihre Richtigkeit angenommen — nicht nur für die Fälle der Progression resp. Regression eine Vorhersage der zu erwartenden Symptomenfolge gestatten, noch mehr: sie würde auch gewisse Symptomencombinationen überhaupt ausschliessen: hätte sie uneingeschränkt und ausschliesslich Geltung, so dürfte es keine Fälle geben, in

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

denen die minder „begünstigte“ Leistung möglich ist, während die mehrbegünstigte — noch oder schon — gestört ist. Lassen sich derartige Fälle gleichwohl in einiger Häufigkeit nachweisen — von ganz vereinzelten Ausnahmefällen könnte man absehen —, so würde daraus freilich nicht etwa hervorgehen, dass der auffallend häufige Verlauf im Sinne Bastian's bedeutungslos wäre, aber es müsste sich daraus ergeben, dass er nicht der Ausdruck eines besonderen mit dem Anspruch der Allgemeingiltigkeit aufgestellten Gesetzes sein kann: man hätte wieder zu untersuchen, unter welchen — bisher gewürdigten oder ganz neu beizubringenden — Bedingungen in einzelnen Fällen oder Gruppen von Fällen die Bastian'sche Annahme verwirklicht scheint. Zum Mindesten wäre man aber dann nicht mehr berechtigt, das Bastian'sche Gesetz der Erklärung eines speciellen Falles, geschweige denn der Auffassung der Aphasie zu Grunde zu legen.

Im Gegensatze zur älteren Lehre müsste also die Bastian-Freud'sche Auffassung sich die Probe des argumentum e contrario gefallen lassen, wenn sie wirklich Anspruch auf Allgemeingiltigkeit hätte; die Entscheidung über ihre Zulässigkeit wird nicht getroffen werden können an der Hand der Fälle, die in ihrem Sinne sprechen, sondern auf Grund der Frage, ob sie in einer einigermaassen beträchtlichen Zahl durch die Erfahrungen widerlegt wird.

Was den expressiven Theil der Sprache anbelangt, hatte ich mich vor einiger Zeit[1]) bemüht nachzuweisen, dass die Erfahrungen der Klinik der Bastian-Freud'schen Theorie nicht günstig sind. Reichliche Erfahrungen, die ich seitdem sammeln konnte und über die ich später berichten zu können hoffe, haben meine damals gewonnene Ueberzeugung nur verstärken können.

Zunächst möchte ich — einigermaassen als Ergänzung und Gegenstück zu dem damals Ausgeführten — über einige Beobachtungen berichten, die im Sinne Bastian's zur grossen Gruppe der sensorischen Aphasien gehören würden. Auf die Bedenken, die sich der Gültigkeit des Bastian'schen Gesetzes auch bezüglich der sensorischen Aphasie entgegenstellen, habe ich schon damals unter Hinweis auf die Reconvalescenzstadien und Anführung eines Beispieles (l. c. Beob. II) hingewiesen. Eine eingehendere Würdigung der verschiedenen Modalitäten des Nachsprechens hat mir damals schon die Annahme nahegelegt, dass die genauere Beachtung der dort entwickelten Gesichtspunkte, die unter Zugrundelegung der Bastian'schen Lehre überhaupt unmögliche, meist-

1) Heilbronner. Ueber die transcorticale motorische Aphasie und die als „Amnesie“ bezeichnete Sprachstörung. Arch. f. Psychiatr. Bd. 34. H. 2.

Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

bestrittene der Wernicke'schen Aphasieformen, die Leitungsaphasie, noch zur Geltung kommen lassen würde. Die Erwartung hat sich thatsächlich rasch erfüllt; bald nachdem sie ausgesprochen war, konnte ich — noch während meiner Thätigkeit in Halle — den folgenden Fall beobachten.

Ich nehme dabei gerne Anlass, Herrn Professor Anton für die Freundlichkeit zu danken, mit der er mir die weitere Verwertung einer grösseren Zahl meiner Hallenser Beobachtungen ermöglicht hat; auch möchte ich nicht versäumen, dankbar der Unterstützung zu gedenken, die mir Herr Dr. Hey, damals Assistenzarzt der Klinik in Halle, bei der zeitraubenden Aufnahme der Protokolle über die beiden ersten Fälle geleistet hat.

Beobachtung I.

Alwine S., geboren 1848, Kaufmannsfrau; aufgenommen 11. Juli 1902, entlassen 2. Februar 1903.

Anamnese. Keine Heredität. 1876 oder 1878 von ihrem Mann, der sie später verliess, angeblich luetisch inficirt. Ein normaler Partus (Sohn, lebt und ist gesund). Hat sich bis vor einigen Jahren als Inhaberin einer Schülerpension ernährt, lebt seitdem mit pecuniärer Unterstützung der Angehörigen mit ihrer 84jährigen Mutter zusammen und hat die Wirthschaft besorgt.

Im Herbst 1901 schwere körperliche Erkrankung mit Icterus von 3monatlicher Dauer, die die Kranke sehr schwächte. Im Anschluss daran allmälige Abnahme der Geisteskräfte; sprach zuweilen „verwirrt", war aber zwischendurch klar und geordnet. Das Gedächtniss habe abgenommen. Konnte sich über Kleinigkeiten kindisch freuen, ebenso auch bei geringem Anlass sehr gereizt, sogar thätlich werden. In der Nacht lief sie viel umher, verkannte die Umgebung, confabulirte. Erst in den letzten 14 Tagen sei auch eine Sprachstörung aufgetreten, sie fand die Worte nicht mehr, die sie sagen wollte, konnte die Namen der Angehörigen nicht nennen. Seit der gleichen Zeit sei überhaupt der Zustand schlimmer geworden, sie musste beständig überwacht werden.

Ueber die Details der Sprachstörung, namentlich die Entwicklung derselben, ist Nichts zu erfahren; von den Angehörigen ist auf dieselbe offenbar sehr wenig Werth gelegt worden.

Status praesens: Mittelgrosse, sehr gealtert aussehende Kranke, zum Skelett abgemagert (Gewickt 36 kg); Haut und Muskulatur sehr schlaff, Hautfarbe fahl-gelblich, Schleimhäute fast weiss. Leichte Knöchelödeme.

Leichte Bronchitis.

Herztöne rein, Herz nicht vergrössert. Puls etwas labil (76—84), sonst o. B.

Abdomen etwas aufgetrieben, Bauchdecken schlaff.

Leber nicht vergrössert, Rand glatt.

Urin ohne Eiweiss, Zucker oder Gallefarbstoffe.

Pupillen beiderseits mit etwas geringer Excursion (?) reagirend.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von Seiten der Sensibilität und Motilität (abgesehen von der durch den desolaten Allgemeinzustand erklärten allgemeinen Schwäche) keinerlei Lähmungserscheinungen.

Die weitere Beobachtung hat für das Bestehen einer schwereren somatischen Erkrankung (namentlich die anfänglich gemuthmaasste Carcinomatose) keinen Anhaltspunkt gegeben. Patientin erholte sich unter reichlicher Ernährung ohne specifische Therapie allmälig sehr erheblich und hatte bei der Entlassung um 34 Pfund (auf 53 kg) zugenommen.

Psychisch erscheint Patientin bei der Aufnahme freundlich, gutmütig, der Gesichtsausdruck nicht unintelligent.

Sie scheint zeitlich und örtlich orientirt zu sein, hat Verständniss für die Situation, auch für den Zweck der Explorationen, versucht sich gelegentlich zu unterhalten, verfällt aber zeitweise in einen fast soporösen Zustand.

In den ersten Wochen Nachts zeitweise leichte delirante Unruhe. Nach 14 Tagen wird sie nach der offenen Abtheilung, nach zwei Monaten nach der Pensionärabtheilung verlegt, wo sie sich durchaus geordnet und social beträgt und bei allen Mitkranken sich als freundliche ältere Dame beliebt macht.

Bei längeren Aphasieprüfungen ermüdete sie anfänglich leicht, auch körperlich, bat dann selbst, man möge pausiren.

Als Ergebniss der vorläufigen Aphasieprüfungen ist in den ersten Tagen notirt:

Die Articulation ist nicht gestört; soweit der Kranken das Material zur Verfügung steht, spricht sie — gelegentlich mehrere längere Sätze — ohne Erschwerung des Ansatzes, ohne Verlangsamung, mit ganz correcter Aussprache der einzelnen Vocale und Consonanten, bis sie an einem fehlenden Worte strauchelt oder falsche gebraucht, was sie zum Theil wenigstens merkt. Der Satzbau resp. die Anlage der nicht vollendeten Sätze ist stets correct.

Reihensprechen (Zählen) gelingt. Zum Aufsagen eines Verses ist sie nicht zu bewegen.

Nachsprechen von Worten, Zahlen oder Buchstaben gelingt nur ganz ausnahmsweise; etwas öfter producirt sie ein Wort, in dem der verlangte Vocal, oder einen Satz, in dem das verlangte Wort vorkommt; öfter setzt sie dem Wort eine Silbe vor, oder commentirt den Sinn derselben; schreibt man ihr das vorgesprochene aber von ihr noch nicht nachgesprochene Wort auf, so liest sie in ca. 27 pCt. richtig ab.

Das Verständniss für einfache, landläufige Fragen (Ergehen, Schlaf, Appetit) ist erhalten; das Verständniss längerer Sätze scheint Schwierigkeiten zu machen. Die Aufgabe, genannte vorgelegte Gegenstände resp. Bilder im Bilderbuche zu zeigen, löst sie in ca. 75 pCt. der Fälle richtig.

Die Aufgabe, gezeigte Gegenstände resp. Bilder zu benennen, wird nur in ca. 10—15 pCt. der Fälle gelöst; dagegen giebt sie fast ausnahmslos durch Umschreibungen, Gesten etc. ihr Verständniss zu erkennen.

Zusammenhängendes Lesen gelingt nicht. Einzelne Worte liest sie laut in ca. 20—25 pCt. der Fälle; Gegenstände, deren Bezeichnung ihr aufgeschrieben ist, zeigt sie dagegen in ca. 90 pCt. der Fälle richtig.

Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Aufgefordert, ihren Namen zu schreiben, producirt sie nach verschiedenen Ansätzen entstellt ihren Vornamen (Alwik statt Alwine). Dictatschreiben misslingt vollständig. Abschreiben des Namens und eines kurzen Sätzchens in deutschen Buchstaben gelingt mit einigen Fehlern (Saalfekk, Saakfeld statt Saalfeld, Eike mit Weile statt Eile); Copiren lateinischer Buchstaben misslingt. Den Beginn der Zahlenreihe schreibt sie spontan, auch das Abschreiben mehrstelliger Ziffern gelingt.

Ueber die Details der Untersuchungen geben die nachfolgenden Protokollauszüge (fast alle noch aus dem Monat Juli) Auskunft; eine wesentliche Aenderung ist innerhalb dieser Zeit nicht eingetreten; nur wurde die Ermüdbarkeit mit der bald eintretenden körperlichen Erholung geringer. (Die Daten der Untersuchungen sind beigefügt.)

I. Aufgabe genannte Gegenstände zu zeigen.

12. Juli (in natura).

Zeigt richtig: Uhr, Nadel, Schlüssel, Streichholz, Spiegel, Papier, Zucker, Wachskerze, Bleistift, Hammer, Federbett, Nase, Auge, Wange, Jacke, Tisch, Bettstelle, Nachttisch, Zeitung, Beine, Hand, kleiner Finger, Kopf, Ofen, Fenster. (25 richtige React.)

Fehler:

Verlangt:	Gezeigt:
Auge,	Mund,
Rechtes Ohr,	L. Ohr, dann +
Stirn,	Wange,
Daumen,	Zähne,
Zähne,	Zunge,
Haare,	Lippen,
Lippen,	Zähne,
Daumen,	Beine,
Zeigefinger,	alle Finger[1])
	(10 falsche Reactionen, doch vergleiche dazu die Anmerkung.)

13. Juli (im Bilderbuch).

Zeigt richtig:

Helm, Besen, Stiefel, Reisetasche, Gans, Mäuse, Hut, Uhr, Spiegel, Schirm, Kamm, Hackmesser, Kinderwagen, Ziegenbock, Ofen, Hase, Drachen, Schwein, Kaffeemühle, Fuchs, Scheere. (21 richtige Reactionen).

1) Ueber das Auftreten von Fehlern, wenn Theile des eigenen Körpers gezeigt werden sollen, siehe später im Text.

Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Fehler:

Storch,	—
Cigarre,	Stiefel (Haftenbleiben),
Trommel,	Reisetasche (Haftenbleiben),
Säbel,	—
Maikäfer,	Bienenstock (dann +),
Blumenstock,	Schwamm (dann +).
	(4 resp. 6 falsche Reactionen.)

30. Juli. Verlangte Geldstücke werden ausnahmslos richtig gezeigt.

11. August.

Zeigt richtig: Elephant, Palmbaum, Schneemann, Champagnerglas, Fuchs, Krähe, Geige, Zither, Papagei, Schaf, Gewehr, Treppe, Fenster, Fisch, Zuckerhut, Pfeife, Kaffeekanne, Hahn, Stock, Korb, Schuh, Bär, Hase, Affe. (24 Reactionen, alle richtig.)

II. Aufgabe gezeigte Gegenstände zu benennen.

12. Juli.

Gezeigt:	Sagt:
Uhr,	$^3/_4$8 wird schon.
Zucker,	ich habe es mitgegessen, heute Nachmittag haben wir es gegessen.
Farbe?	weiss.
Streichholz,	streich, wenn ich die beiden streiche.
Wachskerze,	blos noch sehen, ich weiss, was ich Ihnen sagen will, aber ich kann es Ihnen nicht sagen.
Spiegel,	für den jungen Herrn.
Blatt Papier,	das weisse, ein Stückchen weisses.
Rotes Federbett,	mein rotes Innwendig.
Weisse Jacke,	das weisse.
Weisse Bettdecke,	mein weisses Innwendig.
Haar,	+
Nase,	+
Ohr,	Nase, sind meine beiden Nasen.
Augen,	sind meine beiden Augen.
Lippen,	+
Zähne,	die weissen.
Zunge,	das ist das Maul, das werd' ich doch kennen.
Zunge,	Mund oder Mund.
Ohr,	meine beiden Ohren,
Kleiner Finger,	das ist der mittelste.
Taschentuch,	der Grossmutter ihr weisses Tüchelchen.

Kette, Uhr, Medaillon, Bleistift, Schlüssel, Streichholzschachtel, Hammer können nicht bezeichnet oder umschrieben werden; Patient deutet aber zum Theil den Zweck an.

(6 richtige, 23 falsche resp. unvollständige Reactionen.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Farbenproben:

Roth,	röthlich.
Grün,	grünlich.
Gelb,	gelblich.
Rosa,	rosa, röthlich.
Blau (hell),	grünlich.
Braun,	gräulich.
Blau (dunkel),	röthlich, rosa.
Roth,	röthlich.
Weiss,	weisslich.

13. Juli.

Scheere,	Schäfe, Scheere.
Blumenstock,	das grüne, nein roth.
Rechen,	der grosse braune.
Fuchs,	das Thierchen, so ein längliches das kenn' ich.
Kaffeemühle,	für unsere Grossmutter.
Schwein,	Thier.
Halbmond,	hier hat er in der Nacht gesessen, weil ich so unglücklich war.
Elephant,	das olle Eselthier.
Geige,	alle jungen Herrn müssen lernen.

u. s. w.

30. Juli. Gezeigte Münzen weiss sie nicht zu benennen.

11. August 1902. (Vgl. sub. I die Reihe mit denselben Worten.)

Elephant,	—
Palmenbaum,	—
Schneemann,	der Mann, der Schneemann.
Champagnerglas,	zu trinken.
Fuchs,	Hund.
Krähe,	Krä — das Thier.
Geige,	Gesche.
Zither,	—
Papagei,	das Thier.
Schaf,	Schäfchen, weisses Schäfchen.
Gewehr,	Gewehr, das Gewehr.
Treppe,	—
Fenster,	Thüre.
Fisch,	Schiff, ein Fisch, unsere Schiffe, alle Fische.
Zuckerhut,	weisser Kaffee, nein Zucker, weisser Zucker.
Pfeife,	+
Kaffeekanne (blau!),	die Kanne, meine weisse, gelbe Kanne.
Hahn,	Ha, Ha, der Ha, der Hahn.
Korb,	Körbchen.
Stock,	—
Schuh,	Sche, weisser Schuh, ein Schuh.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bär,	der Bär.
Hase,	—
Affe,	Affe, ein Affe.

12 richtige, 12 falsche resp. unvollständige Reactionen.

III. Aufgabe, Vorgesprochenes nachzusprechen.

14. Juli.

Vorgesprochen.	Nachgesprochen.
Rindvieh,	gemeines Thier.
Mops,	Mahlzeit.
O,	o, sch (Haftenbleiben).
Kohl,	haben wir gegessen.
u,	Mahlzeit.

17. Juli.

Anna,	acht, sechzehn.
Stuhl,	Tu, sie sitzen darauf.
Gans,	die Gänse, Gänsethier.
Fuss,	mein Fuss hier.
Schaf,	Schaf weiss ich auch.
Himmel,	der Gehimmel, der Himmel.
Gott,	Gentu.
Gott,	der liebe Gott.
Wind,	der Gewind.
Geld,	mein Geld, ja mein Geld.
Thaler,	18 Te,
Mark,	18 Te.
Zahn,	Naht.
Sinn,	sechzehn.
Bier,	Bi, die Bier, sie trinken Bier.
Kind,	Thier, ein kleines Mädchen, ein Kind.
Korn,	—

22. Juli.

Tisch,	Tis, ein Tisch.
Ofen,	+
Bett,	Tisch, Gebett +.
Himmel,	He, im, beim lieben Gott.
Baum,	Bäumchen +.
Vogel,	ja die Vögelchen alle.
Nase,	ach meine +.
Finger,	ach meine beiden +.
Haus,	Gehaus, ein ganzes +.
Garten,	— passirt mir heute schlecht.
Wand,	— ach so die +.
Tisch,	+ hatten Sie einmal schon zu mir gesagt (zutr. s. ob.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorgesprochen	Nachgesprochen
Hund,	ein +, unser +, der immer lang läuft. (Bezieht sich auf einen den Kranken sehr bekannten Versuchshund.)
Besen,	Mahlzeit, der +.
Luft,	mehr +.
Lampe,	— dort hängt sie.
Licht,	—
Der Hund bellt,	ein anderes Thier, das, fremde Hund.
Der Löwe brüllt,	das wilde Thier.
Der Hase läuft,	das Thierchen.
Der Himmel ist blau,	der Himmel blau, schön blau.
Das Thal ist grün,	—
Das Wasser ist klar,	das Wasser ist hell.
Das Wetter ist schön,	das Wetter ist heute schön.
Die Glocke schlägt,	Die Glöcksche, Glöcke.
Es blitzt und donnert,	Der Himmel.
Der Mond scheint,	Der Mond zeigt, der Mond sieht es.
Die Sonne leuchtet,	Die Sonne ist hell und fein.
Der Mond scheint,	+
Die Sonne leuchtet,	Die Sonne ist schön und hell.
Das Pferd wiehert,	Das Tier, was ist das Tier.
Die Sonne wärmt,	Die Sonne macht warm.

Den Versuch, auch ganz einfache fremde Buchstabencombinationen nachzusprechen (Ala, Wali, Zamba u. ähnl.) lehnt Patient noch am 18. August ab gelegentlich mit der Erklärung: „Kann ich nicht, die Sachen sind mir fremd.“ Ein derartiges Ausbleiben jeder Reaction wurde auch bei bekannten und dem Sinne nach erkannten Worten noch viel häufiger beobachtet, als protokollirt wurde; dem entsprechend waren auch die paraphasischen Producte beim Nachsprechen lange nicht so häufig und typisch, wie man sie z. B. bei in Restitution begriffenen sensorischen Aphasien zu beobachten gewohnt ist.

IV. Aufgabe, gesagte Worte etc. nachzusprechen oder aufgeschriebene laut abzulesen.

14. Juli.

Vorgesagt, dann geschrieben vorgelegt	Nachgesprochen	Gelesen
Trompete	proteter	Trompeter.
Strauss	proteter	Gesträuss.
Schuh	Mahzeit, meine Füsse	mein Geschuh.[1])
Lampe	Nachts, schwarz	mein Gelampe muss ich haben.

1) Die an das Gelesene angehängten Aeusserungen sind zum Theil weggelassen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorgesagt, dann geschrieben vorgelegt	Nachgesprochen	Gelesen
Besen	Gebesung	mein Besen.
Kanone	Kan	Kanone, so etwas schweres, die Kanone.
Gans	Gedenes	die Gänse
Hut	+	
Schaf	+ das dumme Thier	
Krebs	das Thier gemessen, das Gethier	ach der Krebs.
Pferd	ein Gethier, 2 Thiere	ein Pferd, das bissige Thier.
Fuchs	Gefuchs	ein Gefuchs, das eklige Thier.
Tasse	ein Getässe, einen Getässe	nach wiederholten Versuchen: eine neue Tasse.
Esel	ein Thier soll ich wieder haben?	ein Esel.
Anton	Gentir	Anta.
Bett	Gebett	ein Gebette.
Tisch	in der Nacht	Tisch, unser Nachttisch.
Garten	+	—
Blumen	wo soll ich denn Blumen holen	Wenn schon richtig nachgesprochen, wird die Aufgabe, zu lesen, nicht gestellt.
Mann	+ ein Mann	
Frau	eine Frau, eine schlechte dumme Frau	
Kind	+ meine Kinder zu Hause, ich habe keine Kinder, aber die Leute, wo ich wohne	
Wasser	Wasser soll ich trinken, grünes Wasser, reines Wasser	
Milch	Mahlzeit	+
Wein	den habe ich noch nicht getrunken	Gewen, weisses Gewein.
Baum	Gewegen	ein Gebäum, ein grüner Gebaum, 2 neue Bäume.
Fluss	Geblum	ach der Fluss.
Nase	+	
Auge	meine Nase, mein Mund, meine Augen	meine Augen, meine schlechten Augen.

Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Vorgesagt, dann geschrieben vorgelegt	Nachgesprochen	Gelesen
Zahn	mein Gemünd, mein Gez.	meine Geböse, that mir weh mein Zahn.
a	Mein Mund	+
e	—	+
i	—	+
o	—	ein kleines o.
n	inwendig	+
ei	wie eich	dann u.
an	—	ani
en	inwendig lern ich	ei, dann +
d	ch	ach d, das +
l	geht noch nicht	l
b	—	ach + l, ch.
f	?	e, sch.
g	sch	g,g, sch.
	30 falsche, 13 ganz oder in der Hauptsache richtige Reactionen.	32 richtige, 2 falsche Reactionen.

15. Juli.

n	—	+
m	Mahlzeit	+
z	sch	—
l	sechs	?
k	Mahlzeit	Kan, Kantine
q	kan	o, g sch
p	—	+ h, p sch
x	—	alle Zehner
t	—	+
1	+	+ einmal
3	+	+
7,	6,7,	+
5,	14,	6, 5, 5;
9,	12,	+
0,	2,14	—
8,	astch	6, 2, 4;
4,	Mahlzeit	+
2,	+	2, d ch
6	+	sechse,
12,	14,	+
17,	16,	+

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

26,	18,19;	2, 16 und 2, 18;[1])
33,	2,12	3, 6, 2, 6,
246	—	2, 4, 6;
976	—	19, 17, 16 9, 17, 16.
17	—	17, 1×17
13,	16,17	3 und sechse.
19,	9,	19×19.
17	17, 17	2×7
11,	111	11×, 2, 11;

V. Aufgabe aufgeschriebene Worte laut zu lesen, resp. vorgesprochene nachzusprechen.

(Analog der Aufgabe IV in umgekehrter Reihenfolge.)

28. Juli.

Geschrieben vorgelegt resp. vorgesagt.	Gelesen.	Nachgesprochen.
Wasser	+	+
Milch	Wasser, weisse Tur(?)	trinken
Uhr	meine Tur, weise Tur	Tur
Baum	weise Tur, ein Baum	ein +
Fluss	+	+
Nase	meine +	+
Auge	mein +	mein +
Zahn	den +	der +
Ananas	Anatire	An
i	+	+
Bett	's Bett	das +
Tisch	ein +	der +
Garten	Ga—a (buchstabirt)	Gar, den Garten.
Fenster	ein +	ein +
Mann	ein +	einen +
Blume	die +	die +
Frau	die +	die +
Kind	das +	ein +
f	e f	e f
g	ein g	+
b,	e, i, k, l,	k, l,
l	b, l, s,	+
d,	e, l,	e l.

1) Eine genauere Prüfung der letzten Columne ergiebt, dass die grosse Mehrzahl der Zahlen keineswegs so willkürlich sind, sondern wirklich gelesen, (resp. gerechnet?).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Geschrieben vorgelegt resp. vorgesagt	Gelesen	Nachgesprochen
eu,	e, n; e, u;	kan.
u	i, u;	+
o	+	+
e	+	+
i	+	+
a,	o	+
a,	o, a,	+
s,	+	+ k.
p,	s.	k.
	23 richtige, 9 falsche Reactionen	25 richtige, 7 falsche Reactionen

Ermüdet und bleibt am k haften.

VI. Aufgabe, geschriebene Worte laut zu lesen und das Verständniss des Gelesenen durch Zeigen des zugehörigen Gegenstandes zu documentriren.

13. Juli.

Geschrieben vorgelegt:	Sagt:	Zeigt:
Elephant,	—	+
Geige,	+	+
Papagei,	Pepeei,	+
Schaf,	ganz recht, das bin ich,	+
Fuchs,	wollt Alles mitnehmen,	+
Cigarre,	2 Cegern hab ich gegeben,	+
Papagei,	Pepcot,	+
Gewehr,	ein gewehrter ein Gewehr,	+
Raupe,	das böse Thier,	+
Krebs,	Krefs, Kribs, Krebs,	+
Lampe,	Nacht,	+
Brunnen,	Brennige,	Lampe
Strauss,	Gesträusse, schön die feinen Haare,	+
Geige,	Geeige,	+
Ochs,	Geos,	+
Pferd,	Geferd,	+
Füllen,	Geföllen, ach das kleine, das jüngste,	+
Leiter,	Gebeiter,	+
Trompete,	Preteter,	+
Schuh,	mein Gestiefel	+
Igel,	Griebe, Gethier,	+
Klavier,	Betier, neues Betier,	+
Löwe,	Gelöwe,	+
Lehnstuhl,	Neues Gestühlchen für die Grossmutter,	+

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besen, Kanone, Gans, Hut, Tasse, Esel, werden (zum Theil wieder mit Vorsilbe Ge) gelesen und correct gezeigt. (In der ersten Columne 13 richtige, 17 falsche, in der zweiten 29 richtige, eine falsche Reaction.)

VII. Aufgabe, einzelne Buchstaben laut zu lesen (s. auch sub IV u. V).

30. Juli.

Kleines deutsches Alphabet geschrieben: a (+), b (+), c (+), m (+), k (+). p (+), r (—), r (—), f (+), s (+), o (+), v (+), w (+), u (+), l (+), d (+), n (+), e (+), g (+), v (+), z (+), t (—), t (+), a (+), r (—), y (+), k (+), h (—), i (+), v (+), e (+), v (+), ei (+), eu (+), au (+), ae (—), s (+), sz (+), y (—).

32 richtige, 7 falsche Reactionen.

Analog sind die Ergebnisse mit grossen Buchstaben; Patient sieht stets aufmerksam dem Schreiber auf die Feder.

VIII. Aufgabe, Sätze laut zu lesen:

22. Juli.

Vorgeschrieben:	Liest:
Zeigen Sie die Zähne?	Zwei weisse Zähne.
Geben Sie mir die Hand?	Nehmen Sie die Hand.
	Geben Sie mir die Hände.
	Geben Sie mir meine Hand.
Wo sind Ihre Haare?	Ihre Haare, Ihre grauen Haare etc.
Haben Sie Hunger?	Den Hunger, so'n Hunger, lachend: ich war zu hungrig.
Wollen Sie essen?	Essen, wenn Sie beide essen.
25. Juli.	
Essen Sie Fleisch?	Essen Sie Fleisch.
Haben Sie Hunger?	Haben Sie beide Interesse.
Wollen Sie aufstehen?	Woran Sie aufstehen.
Sind Sie noch krank?	Wenn Sie noch beide krank waren.
Was thut Ihnen weh?	Wovon Sie beide, weshalb Ihnen beide weh thut, auch Gott es thut mir weh, es hat mir weh gethan in meinem Kopf.
Zeigen Sie Ihre Ohren.	Wovon Sie beiden Ihre Ohren (greift darnach).

Im Uebrigen ist es zu entsprechender Reaction auf die Fragen resp. Aufforderungen nicht gekommen.

IX. Reihensprechen und Singen.

14. Juli.

Zählen Sie 1, 2 .	1, 2—30 correct, 40, 50, dann bis 100 correct.
2, 4, 6, 8, ...	correct bis 40.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sagen Sie die Wochentage!	Sonnabend, Sonntag, Montag, Dienstag, Mittwoch, Freitag.
Monatsnamen!	—
Eine feste Burg	—
Vater Unser	—

25. Juli.

Zählen Sie!	1, 2 —25, 66—100.
Wochentage!	+
Monatsnamen	15, 16, 17.
Januar, Februar —	Sonnabend.
Sagen Sie Deutschland, Deutschland über Alles,	—
Melodie vorgepfiffen,	Nickt zustimmend.
Vater unser, der du bist,	—
Es braust ein Ruf wie Donnerhall,	—
Melodie vorgepfiffen,	Nickt zustimmend.

Leiert dann auf Auffordern die Melodie fast zu Ende als Text nur: la, la, la.

In analoger Weise fallen die Resultate mit einer Reihe weiterer Lieder aus (Loreley, Ehre sei Gott in der Höhe, Der Mai ist gekommen u. a.) die erste oder erste und zweite Zeile werden zuweilen mit richtigem Text, die anderen ohne Text gesungen.

Vorgepfiffene Melodien werden auf Befragen mit dem richtigen Text identificirt.

X. Zur Illustration der Verständigungsmöglichkeit in der Unterhaltung sei hier noch ein Protokoll vom 16. Juli wiedergegeben.

Wie geht es Ihnen? Heute Nacht, heute Morgen nicht gut; ich bin wieder dumm heute Morgen, ob das von der Hitze kommt, oder wenn man alt wird, das war früher nicht, ich bin ja ein dummes Schaf geworden.

Wie lange sind Sie hier? 6mal bin ich jetzt da, 4mal, 8mal bin ich hier; 3 Nachmittag.

Wo sind Sie hier? Wo ich hier bleibe, ich meine hier, ich müsste allein sitzen, das wird mir zu viel, der eine will dies wissen, der andere das.

Wie alt sind Sie? 46 wohl, wissen Sie das nicht; Ernst ist 16 alt (NB. unzutreffend); wie alt bin ich denn jetzt, 46 bin ich wohl gewesen.

Was für eine Jahreszeit? —

Wie viel Kinder haben Sie? 1 Sohn, einen einzigen Sohn; ein einziger Sohn und meine Grossmutter.

Was ist Ihr Sohn? Unser Ernst, der ist doch so fleissig, ein feiner Junge.

Lebt Ihr Mann noch? Nein, der war schlecht, ich weiss nicht, wo der ist; mein Sohn ist bei der Mutter geblieben, die ist gut.

Was war Ihr Mann? —

Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

War er Lehrer? Ja natürlich (NB. der Sohn ist Lehrer).

Ist Ihr Sohn immer zu Hause bei Ihnen? Nein, der muss ja fleissig sein; er war nur 6 Abende hier.

Haben Sie schon Kaffee getrunken? Kaffee hab' ich schon bekommen; nicht so viel essen, das darf man nicht, da wird man dumm.

Waren Sie schon einmal krank? Ich, nein ich bin ganz gesund gewesen. aber jetzt.

Wie lange sind Sie krank? Na ich bin seit vorigem Jahre lange krank, lange war ich schlecht.

Haben Sie Appetit? Ach ja, Nachmittags ist ganz schön, muss noch besser werden.

In der Folge trat im Zustande der Kranken — ganz allmählich — eine sehr entschiedene Besserung ein.

Die Spontansprache besserte sich so weit, dass die Patientin — wenn auch immer noch mit einigen Schwierigkeiten — sich an der Unterhaltung auf der Abtheilung betheiligen, ihre Meinung zu allen Vorgängen äussern und ihre Wünsche mit geringer Nachhülfe kenntlich machen konnte. Stockungen kamen immer wieder vor, wenn ein Wort sich nicht einstellen wollte; dagegen wurden paraphasische Erscheinungen verhältnissmässig selten beobachtet; kam ausnahmsweise ein an sich correctes Wort an falscher Stelle oder ein entstelltes Wort zu Tage, so entging das der Kranken nicht und machte sie sehr unzufrieden, im Allgemeinen verstand sie sehr wohl, wenn sich das beabsichtigte Wort nicht oder nicht richtig einstellen wollte, abzusetzen, zu pausiren, um dasselbe zuweilen nach kurzer Pause, dann aber auch mit grosser Genugthuung zu produciren. Bemerkenswerth erschien es, dass ihr auch Eigennamen (aus früherer Zeit und neuerworbene) in ziemlicher Anzahl zu Gebote standen. Im Ganzen war die Kranke recht redselig, manchmal durch ihre Redelust fast störend; auch die Anhängsel, Redensarten, Diminutive der reconvalescenten Aphasischen wurden nicht vermisst.

Das Sprachverständniss war gegen den anfänglichen Befund entschieden noch gewachsen. Patientin — übrigens im äussersten Maasse neugierig und interessirt für Alles, was in der Klinik vorging — wusste auch über solche Dinge Bescheid, die sie nur auf dem Wege sprachlichen Verständnisses erworben haben konnte, und überraschte oft durch ihre detaillirte Kenntniss der Vorgänge in der Klinik; auch der Conversation mehrerer Personen wusste sie zu folgen und documentirte ihr Verständniss durch gelegentliche zutreffende Zwischenbemerkungen. Wie so häufig wurden die Leistungen schlechter, sobald man sich explorationis causa mit ihr beschäftigte, sie war zwar zu Explorationen stets bereitwillig zu haben, namentlich aus dem Grunde, weil sie dabei „lerne", gerieth aber dabei stets in eine Art von Examensaufregung, die die Resultate verschlechterte, namentlich geschah dies, sobald die Resultate protokollirt wurden.

Für sich zu lesen hatte sie schon nach einigen Wochen so weit gelernt, dass sie kürzere Briefe von zu Hause selbst las und den Inhalt wiederzugeben

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vermochte. Liess man sie vorlesen, so kam zwar ein Theil der Worte correct zu Tage, auch der Sinn wurde verständlich, aber in der Weise, dass sie mit Benutzung eines Theils der Worte eigene Sätze bildete. Während sie für sich leidlich rasch las und den Hauptinhalt — Ankündigung von Besuchen u. dgl. — meist sehr bald entnommen hatte, erforderte die Lösung der letzteren Aufgabe stets sehr lange Zeit.

Das Schreiben blieb stärker gestört, immerhin war sie gegen Ende des Aufenthaltes im Stande, einfache Mittheilungen nach Hause — allerdings erst nachdem einige Concepte verworfen waren — verständlich zu redigiren.

Am erheblichsten gestört blieb das Nachsprechen. Kurze vorgesprochene Bezeichnungen, namentlich für Concreta, wusste sie zwar am Ende der Beobachtung fast stets wiederzugeben, aber fast nie rein nachsprechend, sondern unter Anhängung des Artikels, Einfügung in kurze Sätzchen etc. Bei Worten, die dazu weniger Anhalt boten, versagte sie meist total; paraphasische Producte blieben selten; nur mit vielem Zureden gelang es, sie zu einem Versuche auf gut Glück zu veranlassen, der dann derartiges zu Tage förderte; meist erklärte sie — zuweilen nach einigen stummen probirenden Mundbewegungen — das könne sie nicht. Das Nachsprechen auch ganz einfacher fremder Worte misslang bis zum Schlusse. Bezeichnend war es in dieser Beziehung, dass sie Namen neu aufgenommener Mitkranker und dergl. geradezu sprechen lernen musste; zunächst versagte sie dabei ganz, dann liess sie ihn sich von geduldigen Mitkranken solange vorsagen, bis sie ihn „konnte"; dabei machten sich anfänglich stets eigenthümliche Mitbewegungen bemerklich, wie man sie viel häufiger bei motorisch Aphasischen zu sehen pflegt; auch kam es bei dieser Gelegenheit öfter zu Buchstabenumstellungen; das neuerlernte Wort — das Patientin gewöhnlich bei der nächsten Visite mir stolz zu demonstriren pflegte — kam dann in der ersten Zeit gewöhnlich noch ruckartig und explosiv nach einigem Würgen zu Tage. Später, wenn sie es einmal in ihren Sprachschatz aufgenommen hatte, fiel diese Besonderheit weg und die Worte standen zumeist, wie oben erwähnt, ohne Schwierigkeit weiter zu ihrer Verfügung.

Die Details ergeben sich aus den nachstehenden Protokollen, die den letzten 3 Tagen vor der Entlassung entstammen.

I. Aufgabe, genannte Gegenstände zu zeigen.

Die Aufgabe wird (mit Benutzung des Bilderbuches und auch mit weniger geläufigen Worten) ohne Fehler gelöst.

II. Aufgabe, gezeigte Gegenstände zu benennen.

Gezeigt in natura:	
Cigarre.	Das habe ich lange nicht gesprochen, das kann ich nicht sprechen.
Bleistift.	Stei, Stei — das Wort ist recht schwer.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Versuch, es aufzuschreiben, fördert nichts zu Tage, sagt:

Wenn ich es vor mir hätte, aber so kann ich es nicht machen.

Gezeigt in natura: Messer. —

Patientin erhält nunmehr das Bilderbuch vorgelegt, mit dem Auftrage, nach eigener Wahl Gegenstände zu benennen. Sie producirt spontan:

Für die ganzen Jugend (statt des Titels: Für die ganz Kleinen).

Pferd[1]); Kind; Frau, Junge mit dem Helm; Rad; Strümpfchen; Füsschens; grosse Stiefel; Säbel; Finger; Pa — gei, Papagei; schwarze Tinte; Brille; Messer; 2 Mäuschens; Rauch; Hut; Hund; Stuhl; Koffer; (scheitert wieder an der Cigarre, das kann ich nicht sagen). Storch, Broll, Brill, Trommel und die Dinger dazu; Stiefel; Ba, Bo, Besen; (Opernglas fehlt); Gänschen; Enten; Prelle Pelle, Brelle (Klingel!); Uhr; Kamm; Ofen; Flasche oder Pulle; Spiegel; Sonnenstock — Sonnensp (st. Sonnenschirm); Bettchen; Ziege; die, wo man die Milch immer darauf macht zu Hause, Koch —? (Spirituskocher!) Zange (statt Feuerhaken), Kaninchen, noch solche Zange; Drachen; Täubchens; Plätte; Bienchen, Bienen; Gro, Go, Gurke; Krebs (st. Salamander); Tässchen (st. Schale); was ist das für ein Thierchen, das sieht ja roth aus (ein etwas roth ausgefallener Maikäfer) Beinchens 2, 4 6; der sieht ja roth aus, ich dachte, der sieht doch braun aus oder grau, den kenne ich doch; rothes Thier (Kanarienvogel!); Treppe (statt Schlitten, NB. eine häufige Verwechslung), die ist im Wasser gehangen; Mond; Aehre; Scheere; Papapei, Papagei; Schwein; Pa — (ntoffel); Schnalle; Tasche; Pen, Penz (Pilz); Hammer; Nagel; Ba — (Ballon); Schippe, Blumen; Huhn; Hühnerchens; Ba — Beil; Kamühle, Mühle (Kaffeemühle); Bretzel; A; V; Pfende, Wende, Winde; Topf; Eisbär; Schirp, Schap, (Fernrohr); Schlüssel; noch ein Schlüssel (Schloss); Lepel, Löffel; Ring; Zwerge; so ein Mauer — des Abends kommt sie (Fledermaus); Ret, Rit, Ritte (Rübe!); Mond (Stern); Bohnen; Bär; Peife (Pfeife); Stock; Hahn; Korb; Zuckerhut; Schuh; Rose; Affe; Mann; Fass; Sch (Eichhörnchen); Schrange (Schlange); Frösche (NB. ein Frosch); Trichter; 10 Kilo; Blume; Heu (Heugabel); Sichel; Stip, Schippe; Ball (Netz); Spinnrad; Ei; Uhr, Bor, Br, Bohren (Bohrer); Bier.

III. Aufgabe, Vorgesprochenes nachzusprechen.

A. Die Worte, die sie in der unmittelbar vorhergegangenen Untersuchungsreihe II. correct gebraucht, spricht sie correct nach mit Ausnahme der hier aufgeführten:

Vorgesprochen:	Nachgesprochen:
Pferd	Perd.
Rad	Grad, dann +.
Füsschen	Fusschen.

1) Die durchschossenen Worte entsprechen den richtigen Bezeichnungen der Bilder, die Patientin dazu mit dem Finger andeutet.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorgesprochen:	Nachgesprochen:
grosse Stiefel	grosse Tiefel, Tiefel.
schöne Finger	schöne Hände.
Papagei	Pfei, Pfei.
Papagei	Papei, Pagei; +.
schwarze Tinte	schwarze Titi; +.
Messer	Mecht, Mesche.
Messer	misslingt, sagt: „als ob's fort wäre".
Stuhl	Schul, Tschul, Schuld, Tut, Tusch.
Stuhl	Tu, Schu.
Peitsche	Pinscho.
Peitsche	Pantansch.
Was ist eine Peitsche?	Eine Peitsche, ach ja! (macht dabei Peitschbewegungen).
Koffer	Küche, Koffer.
Gänschen	Sand, Sänd, +.
Enten	Gänse (versucht das Wort aus dem Protokoll abzulesen) dann mit erneutem Anlauf: Gänse und Entchens.
Flasche	Tasche, Lasche. +
Spiegel	Fiegel. +
Sonnenstock	Sonnenstrahl, Sonnenschirm, Sonnenstirm. —
Drachen	Grache, Grachen. +
Plätte	Pätte.
Wozu?	den Zeug Alles schön machen, plätten.
Gurke	Geranke, Gier. +
Krebs	Krem, Kre. +
Tässchen	Kähs, Ka.
„	ach ein Tässchen.
Beinchen	Bein.
Hammer	Balle, Beil oder was es war.
Nagel	—
	Das habe ich Alles so schrecklich lange nicht gesehen, das ist mir Alles vergangen, solange muss ich wohl geschlafen haben, hätte ich beinahe gesagt.
Schlüssel	Schringes, Schrisser.
Löffel	Sch, Fa, Fla, gel.
Wozu?	Zum Essen.
Zwerg	—
	Er war im Bilderbuch, da hab ich ihn gesehen den Zwerg.
Mond	Wend, Dond.
Zuckerhut	Zuckerform, Hut.
Fisch	Fisch, Frosch +.
Trichter	—
Bild gezeigt	+

Demnach werden von ca. 80 Worten, die ihr kurz vorher spontan zur

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verfügung gestanden, über 30 garnicht, entstellt oder erst nach wiederholter Correctur richtig nachgesprochen.

B. Andere Worte

Friede, Glück, Himmel, Hölle, Tanz gelingen dann.

Vorgesprochen	Nachgesprochen
Franz	Krank, ganz. +
Wilhelm	Ja, Franz.
„	Himmel, Fimmel, Wimmel.
Eduard	—
Wer heisst so?	Der Herr Geheimrath Hitzig.
Karl	Das kann ich nicht sagen.
Wer heisst so?	Der Herr Professor.
Wie heisse ich noch?	Heilbronner.
Jetzt sagen Sie Karl:	Karl Heilbronner.

Nachsprechen von Zahlen:

5 (15), 5 (15) 7 (+), 9 (+), 23 (3 und 2), 23 (3 und wie?), 23 (3 und 12, 3 und 2), 18 (+), 27 (17 und 18), 27 (17 und 10), 45 (7 und 14), 45 (12 und 2 und 13), 5 (14). Zählen Sie von 1—10 (+ rasch und correct), 13 (+), 17 (12, 15), 19 (+), 23 (13), 18 (+), 14 (+), 25 (12), 19 (+), 63 (13, 16), 100 (9, 20), 100 (20, 30, 20), 1000 (3, 9, 19), 5 (9, 5), 8 (+), 0 (+), 7 (+), 3 (+), 14 (12), 17 (7), 25 (20, 22). (12 richtige und 21 falsche Reactionen.)

In einer späteren Reihe:

9 (+), 5 (11), 5 (7, 65), 22 (+), 27 (+), 35 (+), 99 (+), 78 (+), 54 (82), 54 (42), 54 (20, 2 und), 86 (62), 43 (33), 512 (5 und —), 512 (207), 512 (416), 347 (348), 212 (222), 688 (242), 394 (387), 1350 (390, nein), 1315 (3748), 2796 (3748), 585 (5688), 585 (1560), 27 (7, 7, 720, 620), 27 (702, 87), 55 (105), 514 (505, 507), 514 (506), 278 (280), 94 (140, 240), 94 (208), 89 (200 und), 89 (280), 93 (330), 67 (20), 67 (76, 72, 76), 49 (80), 57 (87). (6 richtige, 34 falsche Reactionen.) Nachsprechen von Buchstaben: Unter 22 Aufgaben folgende Fehler: c (e), f (s, ch), i (te), l (m), q (ka).

Weitere Beispiele, insbesondere auch mit fremden Worten s. sub IV.

IVa. Aufgabe, gesagte Worte etc. nachzusprechen resp. vorgeschriebene laut abzulesen.

Vorgesagt resp. geschrieben vorgelegt.	Nachgesprochen.	Gelesen.
Kaffee	Kla, +	
Cylinder	Lampe	Helinder, Cerlinder.
Eisenbahn	Eiser, Eisen	+
Strickstrumpf	Strickschare, Strickstrümpfe, schon stricken	+
Kaffeemühle	Ka, Chocolade!	+
Garten	Gärtner, der Garten	
Fisch	+	
Frosch	Frisch	

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorgesagt resp. geschrieben vorgelegt: Haben Sie einen gesehen?	Nachgesprochen: Ja, den Frosch.	Gelesen:
Himmel	+	
Hand	+	
Hut	+	
Grün	+	
Blau	+	
Gelb	+	
Reiten	ran, geiten +	
Rauchen	+	
Tapferkeit	—	Tachferkeit
Armuth	+	
Kirsche	Kaf, Karf	+
Insel	Inser	+
Kanone	Kanenone	+
Tante	+	
Blitz	+	
Friedlich	+	
Getreu [1])	+	
Furchtbar	+	
Caroussel	—	das ist für die Kinder und die jungen Mädchen, die sich so herumdrehen +
Promenade	—	Parnade +.
Theater	+	
Waschgeschirr	Waschtasch, Tisch	Nachtgeschirr, +.
Bettstelle	Betttisch	+
Heiligkeit	heiliges	
Heiligkeit	+	
Fingerring	Fingerfrich	+
Bavaria	—	Buchstabirt richtig. Das kenne ich wohl garnicht.
Peri	Das ist mir fremd, te	p, e, r, i, Peperi, Kikeri.
Para	Papara, pagena, hegara	Cacao, P, a, r, a [2]).
Hypo	Popo (lacht!)	H, x, p, o.

1) Gerade bei derartigen Worten zeigte sich aus der Mimik, dass bei Patientin entsprechende Vorstellungen auftauchen.

2) Wo nichts weiter vermerkt, wird der Versuch, die einzeln richtig gelesenen Buchstaben dann zu vereinigen, von Patientin abgelehnt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorsgesagt resp. geschrieben vorgelegt:	Nachgesprochen:	Gelesen:
Eta	Tante? +	
Kappa	Papá; ach wo soll ich damit hin, ich Aermste	K. a, p, p, a, Papa.
Alpha	Fall, Olfa	+
Gamma	Amtann	Gemne, G, a, m, m, e, Kanna.
Theta	Henta	T, h, e, t, a, Tilde, Tilda, +
Lambda	Auch ein Name? Martha? Walther?	L, a, m, b, d, a; Hampel, Benbald.

Der Versuch, die Patientin selbst die Worte abschreiben und dann lesen zu lassen, bessert die Resultate nicht.

Vorgesagt resp. vorgelegt:	Nachgesprochen:	Gelesen:
93	33	+
77	97	+
85	55	+
205	—	+
95	+	
43	33	+
27	77,17	
27	207	+
95	90	+
23	93,83	+
45	+	
36	+	
75	70, +	
87	85, 80, 88, 84	+
94	97	+

IVb. Aufgabe, Vorgesprochenes nachzusprechen, dann zu schreiben.

Der Versuch gelang mit Worten nicht, Patientin lehnte, trotzdem sie sonst (siehe oben) schrieb, ab; mit Zahlen ergab sich die folgende Reihe fast zufällig: Patientin hatte mehrere dictirte Zahlen — selbst sehr unzufrieden — falsch geschrieben, wurde deshalb aufgefordert, vor dem Schreiben, die verlangte Zahl nochmal zu wiederholen.

Vorgesagt:	Nachgesprochen:	Geschrieben:
47	+	74
55	45	45
93	32	32
78	42	42

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorgesagt:	Nachgesprochen:	Geschrieben:
95	2, nein, das ist nicht richtig, das ist ja wieder dasselbe	42
73	52	52

Abschreiben (insbesondere von Zahlen) gelingt; Patientin meint selbst, ja, wenn ich das daneben habe, geht es ganz gut.

Dagegen ist Patientin nicht im Stande, die Resultate, auch nur der einfachsten Aufgaben, aus dem Einmaleins zu sagen.

V. Aufgabe laut zu lesen (vergl. auch sub IV).

Die einzelnen Buchstaben werden mit Ausnahme von y, das als x bezeichnet wird, richtig gelesen ebenso Worte mit ganz wenigen Ausnahmen (siehe oben).

Zweistellige Zahlen werden mit verschwindenden Ausnahmen correct abgelesen. Bei mehrstelligen kommen Fehler vor, wie in der folgenden (ungekürzten) Reihe. 512 (+); 347 (43 und 47, dann +); 212 (+); 688 (+); 394 (+); 1315 (1311, dann +); 2796 (3796); 585 (5085); 585 (5; 88); 27 (47+); 55 (+); 514 (15, 14, +); 278 (20, 28; 20, 70, 8; 328, 70, 28); 94 (+), 89 (+); 93 (+); 67 (+); 49 (+).

VI. Verständigungsmöglichkeit in der Unterhaltung.
Protokoll vom 29. Januar 1903.

Wie lange sind Sie jetzt hier? Wann ich geboren bin?

Wie lange Sie hier sind? Ach so, Alwine S.

Was ist jetzt für ein Monat? Der 29.

Welcher Monat? Sonnabend.

Wie heissen die Monate? Kann ich nicht sprechen.

Wohin wollen Sie jetzt? Nach Brandenburg (stimmt).

Wo wohnt Ihre Mutter? In Barby (stimmt).

Gehen Sie gern heim? Ach ja, gern; zu Hause bei meiner Mutter, Grossmütterchen.

Mit wem sind Sie hier am besten gestanden? Herr Professor, unser Herr Professor.

Von den Damen? Fräulein Rosenthal (Oberin) und die Damen auch mit dazu.

Mit wem waren Sie am meisten zusammen? Erst war doch da unten da eine Frau, wo ich zuerst war, wie ich krank war; die war aus Halle, die machte mir immer die Haare und Alles ordentlich; dann war sie fortgegangen, dann war sie wieder krank gewesen, dann war sie wieder eine ganze Weile hier, die war sehr gut mit mir; die wären, da war ich schon öfter, dann kamen die Damen oben, die junge, das Fräuleinchen aus Zeitz.

Wer ist jetzt mit Ihnen zusammen? Frl. H.[1]) und die andere, den Namen kann ich nicht sagen, eine Lehrerin, dann Frl. S.[1]).

1) Zutreffend.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wie heisst die neue Kranke? Ach ja, den Namen kann ich nicht sagen, ich weiss, wie sie heisst, die letzte meinen Sie, die Kranke; die sind beide nicht recht; die eine ist doch ganz krank, die andere ist schon etwas besser; ich kenne doch den Namen ganz genau; da war eine Freudin von mir aus Magdeburg, nein, das kann ich nicht sagen.

Kennen Sie Frau H.? Die ist aus Suhl[1]), mit der kann man aber auch nicht viel sprechen.

Verstehen Sie jetzt Alles? So ziemlich Alles, aber nicht ganz Alles, es fehlt mir noch viel; die sprechen so nett mit mir, die Damen; alles machen, Alles mit mir machen; aber sie wissen so ungefähr, was ich meine.

Sie können doch aufpassen, wenn die anderen sich unterhalten. Ja, das weiss ich Alles, jedes Wort weiss ich, ich kann sehr gut hören.

Haben Sie gehört, was der Portier gesagt hat? (der eben einen Besuch gemeldet hat). Ja, er sprach von einer anderen Dame.

Was wollte er? Da habe ich nicht recht hingehört.

Wenn ich vorhin erwähnt hatte, dass die mitgetheilte Beobachtung die Erwartung bezüglich der Leitungsaphasie erfüllt habe, so scheint mir bei der Besprechung von vornherein der Vorbehalt angezeigt, dass ich gleichwohl darin nicht ein „reines" Beispiel dieser oft — zuletzt von Wernicke selbst[2]) — angezweifelten Form gefunden zu haben meine; ich glaube aber, dass die Beobachtung sich nach mancher Richtung von den geläufigen Bildern abhebt und eine Reihe von Besonderheiten darbietet, die sich sehr wohl mit den theoretischen Voraustetzungen einer Leitungsaphasie decken würden; eine Reihe weiterer Details scheint mir auch rein symptomatologisch der Hervorhebung wert, wie sie in dem folgenden Ueberblick versucht werden soll; ich gehe von dem Sprachverständniss aus, bespreche dann die Spontansprache und zuletzt die verschiedenen Modalitäten des Nachsprechens. Bezüglich der Bedeutung, in der ich diese Bezeichnungen anwende, darf ich wohl auf die frühere Mittheilung verweisen.

I. Das Sprachverständniss.

Die einwandfreieste Methode zur Prüfung des reinen Wortsinnverständnisses, die vor Fehlern nach der positiven wie negativen Seite noch am Ehesten schützt, die ich deshalb auch seit langer Zeit bevorzuge, stellt die Aufgabe dar, verlangte Gegenstände oder Abbildungen im Bilderbuche zu zeigen. (Eine Differenz besteht zwischen den beiden Aufgaben nach meiner Erfahrung nur insofern, als man aus

1) Zutreffend.

2) l. c. S. 498.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

naheliegenden Gründen im Bilderbuch eine grössere Auswahl auch unter schwierigeren Gegenständen hat.)

Es ergiebt sich schon bei einer ersten derartigen Prüfung des Wortsinnverständnisses, wenige Tage nach der Aufnahme, dass Patientin ca. 75 pCt. der gestellten Aufgaben richtig löst. Weitere 5 Tage später zeigt sie 25 Gegenstände richtig; die 10 Fehler erfolgen alle bei der Aufgabe, Theile des eigenen Körpers zu zeigen; ich habe auf diese Eigenthümlickeit und ihre Genese vor kurzem[1]) hingewiesen, ganz neuerdings hat Liepmann[2]) die Frage, an die sich schon früher eine Controverse geknüpft hatte, erörtert. Ich zweifle nicht, dass die ältere Griesinger'sche Ansicht — Bewegungsverwechslung, nicht Missverstehen — die zutreffende ist. Praktisch wird sich daraus die Folgerung ergeben, dass die Unfähigkeit, Theile des eigenen Körpers zu zeigen, keinen Schluss auf eine Störung des sprachlichen Verständnisses zulässt, und dass man die Aufgabe zu diesem Zwecke nicht (sehr wohl aber zur Prüfung auf Bewegungsverwechslung) stellen sollte. Weiterhin werden Gegenstände und Abbildungen fast, nach wenigen Wochen ganz fehlerlos gezeigt.

Das Sprachverständniss für zusammenhängendes Sprechen (Satzsinnverständniss) ist viel schwieriger zu beurtheilen; die unrichtige Ausführung ertheilter Aufträge kann immer auf Bewegungsverwechslung beruhen, ein Gesichtspunkt, dessen erneute, nachdrückliche Betonung wir Liepmann zu verdanken haben. Die Prüfung mit Fragen, auf die geantwortet werden soll, kann nach doppelter Richtung täuschen: Tonfall und Begleitumstände können ein Mehr, ungenügende Ausdrucksfähigkeit des Kranken ein Minus von Sprachverständniss vortäuschen. Unter Berücksichtigung all' dieser Fehlerquellen kann für unsere Kranke angenommen werden, dass das Verständniss für Sätze zwar von Anfang an nicht sehr erheblich gestört war, dass aber eine volle Restitution (im Gegensatz zur vollen Wiederkehr des Einzelwortverständnisses) bis zum Schlusse nicht eingetreten ist (vergl. den Beginn der Unterhaltung kurz vor der Entlassung sub VI). Es scheint, dass hier gerade die Bedeutung der kleinen Redetheile, die nicht nur von ihrem Klange, sondern vielfach von ihrer Stellung im Satze abhängig ist, ungenügend aufgefasst wird; daher hier auch — ich habe dergleichen auch sonst oft beobachtet (vergl. z. B. Beob. IV) —

1) Heilbronner, Zur Frage der motorischen Asymbolie (Apraxie). Zeitschr. f. Psychol. und Physiol. der Sinnesorgane. Bd. 39. S. 198.

2) Liepmann, Die linke Hemisphäre und das Handeln. Münchener med. Wochenschr. 1905. S. 2376.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Neigung der Kranken, „Antworten" zu produciren, die wohl ein Verständniss einzelner Worte der Frage beweisen, aber doch keine Antwort auf diese Frage darstelleu; leicht verständlicherweise erfolgen solche Reactionen häufiger bei plötzlichen Fragen resp. im Beginn einer Unterhaltung, als im Laufe einer solchen. Es handelt sich dabei vielleicht nicht um eine rein sensorische Störung; jedenfalls findet sich Analoges, worauf vor Allem die Déjérinésche Schule hingewiesen hat, auch bei Motorisch-aphasischen; Bonhoeffer[1]) hat Analoges berichtet; man ist geneigt, die Störung auf die Lockerung der inneren Sprache zurückzuführen, zu der jede Läsion innerhalb der „Sprachregion" Anlass zu geben im Stande ist. Unter diesem Gesichtspunkte werden wir die Störung späterhin noch zu berücksichtigen haben.

Das Verständniss für Melodieen war erhalten.

II. Das Spontansprechen.

Die Spontansprache war quantitativ nicht vermindert; die Kranke machte schon in den ersten Tagen trotz ihrer Hinfälligkeit Versuche, sich zu unterhalten; später war sie sogar als redselig zu bezeichnen; doch handelte es sich keineswegs um die Art der Logorrhoe, die man speciell bei sensorisch Aphasischen zu beobachten pflegt, eher um eine leichte Schwatzsucht, die ihr Analogon in einer gutmüthigen, steten Hülfsbereitschaft und Vielgeschäftigkeit fand.

Die Satzbildung erfolgte von Beginn an correct; nur ganz ausnahmsweise zeigen sich leichtere Andeutungen weniger „flüssig" gebildeter Sätze (cf. die Unterhaltung vom 10. Juli sub. X).

Der Sprechact als solcher erfolgte ungestört, soweit das „Material" disponibel war; die ungestörte Articulation ist schon in den ersten Tagen ausdrücklich constatirt und so geblieben; über eine Behinderung unter besonderen Umständen s. u.

Das Reihensprechen gelang bezüglich der Zahlenreihe und der Wochentage (sogar die Reihe 2, 4, 6, 8, . . .); doch strauchelte die Kranke gelegentlich und fuhr dann an falscher Stelle weiter; wie in einem früher erwähnten Falle möchte ich auch hier annehmen, dass sie dadurch „aus dem Text kam", dass sie sich ebensowenig, wie der dort erwähnte Kranke, zum rein mechanischen Ableiern entschliessen wollte. Zu anderen Reihen war die Kranke nicht zu bewegen.

Das Singen, das uns hier nur soweit interessirt, als es sich als Reihenleistung darstellt, gelang; wenn die Kranke nur die ersten Zeilen

---

1) Bonhoeffer, Zur Kenntniss der Rückbildung motorischer Aphasien. Mittheil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir. 10. Bd. 218.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit Text, die anderen ohne solchen sang, so scheint dies nicht ohne Weiteres krankhaft; viele Leute, namentlich Frauen, wissen auch von den geläufigsten Liedern den Text nicht weiter.

Der Sprachschatz der Kranken war von Anfang an als reichlich zu bezeichnen, auch reich an Substantiven; die sonst so häufigen Aushilfswörter (Dingsda etc.) fehlen, ebenso auch die bei sensorisch-aphasischen Patienten so häufigen Sätze, die aus Flickwörtern grammatikalisch richtig gebildet, keinerlei Sinn ergeben; verbale Paraphasie (Wortvertauschungen) kam vor, war aber, wie die Wiedergabe der Conversation lehrt, selten; litterale Paraphasie fehlte bei der Spontansprache im engeren Sinne (Erzählen etc.) und in der conversationsmässigen Unterhaltung fast ganz; diese Eigenthümlichkeit konnte natürlich bei ihrem immerhin nicht unbeschränkten Sprachschatz nur dadurch zu Stande kommen, dass sie — namentlich nach Ablauf der ersten Wochen — trotz ihres Mittheilungsbedürfnisses lieber stockte, als dass sie ein falsches oder entstelltes Wort gebrauchte. Die Einsicht dafür, was sie sich zutrauen dürfe, was nicht „gehen" würde, und bei einem doch eingetretenen Fehler die Erkenntniss desselben traten begreiflicherweise bei der Beobachtung noch deutlicher zu Tage als in den Protokollen.

Deutlicher nach jeder Richtung erwiesen sich die Störungen, wenn die Kranke Gegenstände resp. Abbildungen zu benennen hatte. In der ersten vorläufigen Untersuchung wurden nur 10—15 pCt. der Aufgaben richtig gelöst (gegen ca. 75 pCt. bei der umgekehrten Aufgabe, Genanntes zu zeigen). Dem entsprechen auch ungefähr die Resultate der ersten hier wiedergegebenen Untersuchungen. Auffällig gut war die Fähigkeit, Farben zu bezeichnen; die specielle Aufgabe mit den Farbenproben (12. Juli) wird mit wenigen Fehlern gelöst, Patientin gibt einmal auf Verlangen, dann aber wiederholt auch spontan die Farben der Gegenstände an, die sie nicht bezeichnen konnte; die Thatsache erscheint erwähnenswerth angesichts der Angabe von Sachs[1]): „Die Farben haben ausser dem reinen Lichteindruck nur noch den Namen; die Bezeichnung der an sich richtig gesehenen Farben wird daher besonders leicht leiden." Noch gegen das Ende der Beobachtungszeit (siehe sub. II) schien das Benennen zunächst schwer gestört — in unerwartetem Gegensatz zu dem seitdem noch erheblich gewachsenen Wortschatz in der Conversation. Das Resultat wurde erheblich besser, als der Patientin unter Vorlage des Bilderbuches die Wahl resp. Reihenfolge der zu bezeichnenden Bilder überlassen wurde. Die Aufgabe in dieser Form stellt gewissermassen eine Mittelform zwischen der reinen

1) H. Sachs: Gehirn und Sprache. Wiesbaden 1905. S. 111.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Spontansprache und dem Benennen vorgelegter Gegenstände dar. Die Besserung kann aber nicht auf dem gleichen Wege zu Stande gekommen sein auf dem die Wortfindung auf associativem Wege oft besser gelingt als vom Sinneseindruck aus (vergl. dazu den berühmten Fall Rieger's); sie kann auch nicht dadurch erklärt werden, dass die Kranke angesichts der Möglichkeit der Wahl die Bilder, die sie nicht nennen konnte, ausliess und unterschlug; kamen ja auch bei dieser Versuchsanordnung noch Fehler vor; ich halte die Differenz für wesentlich psychologisch bedingt; die Methode verminderte einigermassen die Examensaufregung, die, wie erwähnt, bei der Kranken eine besonders grosse Rolle spielte. Ich möchte gerade in solchen Fällen diese Prüfungsart empfehlen, wenn man nicht nur über die bestehenden Defecte, sondern auch über das Maass verbliebener Fähigkeiten ein Urtheil gewinnen will; gerade aber, wo die Störungen auf verschiedenen Gebieten einigermaassen quantitativ gegeneinander abgewogen werden sollen, scheint beides gleich erwünscht.

Die Umschreibungen und Gesten, mit denen Patientin bewies, dass sie die Bilder erkannte, boten nichts Besonderes; verbale Paraphasie kam aus dem gleichen Grunde wie in der Conversationssprache, auch in diesen Prüfungen nur vereinzelt vor: wo sie sich findet, verirrt sich Patientin zudem meist nur in ein benachbartes Gebiet: Mond statt Stern, Zange statt Feuerhaken, Schlüssel statt Schloss, Krebs statt Salamander, kleiner Finger = das ist der mittelste. (NB. Keine der betreffenden Reactionen durch Haftenbleiben bedingt, das bei der Patientin zur Zeit der Aufnahme der Protokolle überhaupt keine wesentliche Rolle spielte.) Etwas häufiger waren schon bei diesen Aufgaben Wortentstellungen (noch häufiger beim Nachsprechen, wo sie nochmals zu würdigen sein werden). Selten kommt es zu ganz unverständlichen Bildungen (Gesche statt Geige? Penz statt Pilz); häufiger noch entwickelt sich aus einem anfänglich ganz unkenntlichen Buchstabenconglomerat zuletzt doch noch das gesuchte richtige Wort (Pferde — Wende — Winde; Broll — Brill — Trommel u. ähnl.). In manchen Fällen endlich hat Patientin das richtige Wort allem Anschein nach intendirt, aber sie kommt nicht über die ersten Buchstaben hinaus (Krä statt Krähe, Pa statt Pantoffel, Ba statt Ballon) oder sie muss den Beginn einige Male wiederholen, bis endlich das Ganze zu Tage kommt. Derartige Beobachtungen macht man am häufigsten bei unvollständigen motorischen Aphasien. Mit diesen hat die Kranke noch eine Eigenthümlichkeit gemein: die vorbereitenden Lippenbewegungen vor „schweren" Worten und die Mitbewegungen beim Sprechen; für die Patientin lag subjectiv die Schwierigkeit auch nur in der Execution, sie unterscheidet deshalb auch ein-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zelne Worte als besonders „schwer"; die Versuche sind trotz aller Ausführlichkeit nicht in solcher Anzahl gemacht; dass festzustellen gewesen wäre, ob diese Worte constant blieben; nur bezüglich einer Kategorie liess sich die Frage einwandfrei beantworten und für diese liess sich auch mit einiger Sicherheit nachweisen, dass die subjective Empfindung von der erschwerten Execution thatsächlich nicht unberechtigt war: Namen neu aufgenommener Patienten (Patientin befand sich auf der Pensionsabtheilung, wo der Wechsel nicht gross ist) musste sie erst „lernen"; es folgten dabei drei Stadien aufeinander: ein erstes, wo sie den Namen zwar wusste, aber noch nicht konnte, ein zweites, wo er zwar zur Verfügung stand, aber nur mit Schwierigkeit und mit Unterbrechung des Redeflusses producirt wurde, ein drittes definitives, wo er zum gesicherten und stets verfügbaren Bestande gehörte.[1])

III. Das Nachsprechen.

Das Nachsprechen war von Anfang an am intensivsten gestört und diese Störung blieb auch am längsten ausgesprochen. Die Scheidung zwischen spontanem Nachsprechen und Nachsprechen auf Geheiss, auf die ich früher hingewiesen, ist bei der Kranken keine ganz reine: die beiden Erscheinungen müssen deshalb zusammen besprochen werden. Während die Kranke sonst zu den Untersuchuugen ungewöhnlich willig war, fanden die Nachsprechübungen immer einen gewissen Widerstand: das Nachsprechen von fremden Worten und sinnlosen Combinationen wurde zunächst überhaupt von der Kranken als aussichtlos abgelehnt. Die erste Untersuchung (14. Juli) liesse auf ein völliges Versagen beim Nachsprechen schliessen; schon wenige Tage später (17. Juli) ergeben sich wenigstens einige richtige Reactionen; gerade diese Reihe, auch noch die nächstfolgende, illustriren aber sehr

1) Der Zustand der Kranken scheint gewisse Uebereinstimmung zu haben mit dem des Gesunden, dem ein Name „auf der Zunge liegt"; auch dabei kommt es gelegentlich zu einer Production von Theilen oder zu paraphasischen Entstellungen, wenn man „probirt", den Namen herauszubringen. Es ist aber nicht richtig, wenn die ganze „amnestische" Aphasie mit dieser physiologischen Erscheinung analogisirt wird. Physiologischer Weise kommt auch noch ein Vergessen von Namen vor, bei dem die eigenthümliche, in der Bezeichnung sehr gut charakterisirte Sensation fehlt und das gleichwohl nicht so vollständig zu sein braucht, dass der Name nicht sofort wieder erkannt würde, sobald er genannt wird. Es ist häufiger und ihm scheinen auch die meisten Fälle der amnestischen Aphasie zu entsprechen. Ich möchte noch nicht mit Sicherheit unterscheiden, ob es sich in den beiden Fällen nur um Gradabstufungen oder um qualitativ Differentes handelt.

Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

deutlich, wie die Kranke nachspricht; sie hat die Aufgabe zweifellos verstanden und man hat deshalb sicher von einem Nachsprechen auf Geheiss zu sprechen, aber sie reproducirt nicht, wie Wernicke es bezeichnet,[1]) „auf Anhieb" die vorgesprochene Lautfolge, sondern sie wiederholt das Wort als Ausdruck einer durch das Vorsprechen erweckten Vorstellung; das Nachsprechen erfolgt also nach Bleuler's[2]) Bezeichnung „über den Sitz des Bewusstseins". Beweis dafür neben dem immerhin trügerischen und nicht beweiskräftigen unmittelbaren Eindruck das Folgende: sie setzt den Artikel vor, producirt das Wort im Plural, in Diminutivform, mit Zusätzen (Gott — der liebe Gott) mit Vorliebe solchen, die der Reaction einen egocentrischen Charakter verleihen (Geld — mein Geld, Fuss — mein Fuss hier), ja sie kommt manchmal erst auf associativen Umwegen zu der richtigen Reaction (Kind: Thier [Haftenbl. v. Bier?] — kleines Mädchen — Kind). In allen diesen Fällen ist unsere Auffassung durch das Resultat unmittelbar vorgezeichnet; wo das Nachsprechen in der Form der Aufgabe erfolgt, ist natürlich nicht ausgeschlossen, dass gleichwohl „über den Begriff" gesprochen wurde; wenn also die Kranke noch in der Schlussuntersuchung von 80 Worten, die sie vorher selbst gebraucht, ca. 30 nicht nachsprechen kann, so bezeichnet dieses Resultat sicher nur das Minimum der anzunehmenden Störung; man darf wohl voraussetzen, dass auch noch ein Theil der verbliebenen 50 richtigen Reactionen misslungen wäre, wenn man auf irgend eine Weise die Kranke zum automatenhaften Nachsprechen hätte veranlassen können. Die Fehlerzahl wird erst so in das richtige Licht gestellt, und es erscheint unter dieser Betrachtungsweise erst verständlich, dass das Nachsprechen auch ganz einfacher fremder Worte ein noch viel schlechteres Resultat ergab; sie giebt auch die Erklärung dafür, warum die Kranke die ihr fremden Buchstabencombinationen im Sinne ihr geläufiger Worte umzuformen versuchte (Kappa — Papa u. ähnl.)

Der Defect scheint auch hier ausschliesslich auf dem Gebiete der Execution resp. der Uebertragung zu liegen. Die zutreffende Perception documentirt Patientin auf mannigfache Weise: zunächst sind eine Reihe der gleich zu erwähnenden Fehlreactionen nur unter der Voraussetzung möglich, dass das vorgesprochene Wort nicht nur dem Klange, sondern, was besonders betont sei, auch dem Sinne nach richtig aufgefasst ist. Sie unterscheidet weiter bekannte von unbekannten Worten,

1) l. c. S. 499.

2) Bleuler, Ein Fall von aphasischen Symptomen, Hemianopsie etc. Arch. f. Psych. XXV. S. 57.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erklärt bei letzteren gelegentlich: das ist mir fremd, und documentirt ihre gute Merkfähigkeit für acustische Eindrücke spontan, indem sie einmal selbst daran erinnert, dass man ein Wort, das sie übrigens nicht nachsprechen kann, schon einmal verlangt habe. Der Verdacht, ungenügende Merkfähigkeit für das Vorgesprochene habe die Resultate getrübt, wird, abgesehen von zahlreichen anderen Momenten, durch die Feststellung widerlegt, dass gelegentlich die richtige Reaction noch verspätet erfolgt.

Von den nicht gelungenen Reactionen scheint ein Theil für die Betrachtung zunächst ganz ausscheiden zu müssen: diejenigen, in denen Patientin, statt nachzusprechen, den Sinn des vorgesprochenen Wortes commentirt („Lampe — dort hängt sie" u. ä.). Sie documentiren, wie erwähnt, mit Sicherheit, dass Patientin die Reizworte auch dem Inhalt nach richtig auffasst; inhaltlich entsprechen sie durchaus den Umschreibungen, deren man „amnestisch" Aphasische bei Benennungsversuchen sich bedienen sieht. Eine wichtige Analogie mit diesen bietet eine zweite Kategorie von Fehlern: statt des verlangten Wortes erscheint ein anderes dem Sinne (NB. nicht dem Klange) nach verwandtes (Enten — Gänse, Cylinder — Lampe, Rindvieh — gemeines Thier, Kaffeemühle — Ka [vielleicht auf dem Umweg über Cacao?] Chocolade); hierher dürfte es auch gehören, wenn statt Mark und Thaler im Nachgesprochenen ein Zahlenbegriff 18 Te erscheint. In die gleiche Kategorie gehören wohl auch die Ergebnisse des Zahlennachsprechens: sie producirt sehr häufig falsche Zahlen, aber jedesmal doch zum Mindesten eine Zahl und diese selbst tadellos, also jedenfalls einen associativ verwandten und durch die Zugehörigkeit zum Reihenverbande ganz besonders eng verknüpften Begriff.

In all' diesen Fällen handelt es sich um verbale Paraphasie; die Resultate haben wieder manche Beziehungen zu den ideenflüchtigen Falschbezeichnungen der sensorisch resp. amnestisch Aphasischen. Es ist hier nicht der Ort, auf diese in jüngster Zeit mehrfach discutirte Frage näher einzugehen; ich erwähne nur, dass Kleist[1]) durch Beobachtungen an einem analogen Falle zu dem Schlusse geleitet wurde, „man erkenne in diesen verschiedenen Gruppen verbaler Paraphasien die Hauptarten ideenflüchtiger Verbindungen". Ideenflüchtige Reihen, die man daneben gewöhnlich noch findet, waren hier selten, fehlten aber nicht ganz (Hund — ein Hund, unser Hund, der immer lang läuft; Lampe — Nachts, schwarz).

1) Kleist, Ueber Leitungsaphasie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. XVII. S. 515. Vgl. dazu neuerdings noch: Goldstein, Journal f. Psychol. u. Neurol. VII. S. 185.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unter den litteral-paraphasischen Producten nimmt eine Kategorie eine besondere Stellung ein: die Fälle, in denen das vorgesprochene Wort correct oder entstellt mit der Vorsilbe Ge- erscheint. Ich habe die Genese der Erscheinung nicht mit Sicherheit feststellen können. Die an sich nächstliegende Annahme, dass es sich um ein besonders langes Haftenbleiben handle, scheint mir unzulässig angesichts der geringen Rolle, die diese Erscheinung sonst spielte. Am wahrscheinlichsten ist es mir, dass die Kranke mit dieser an sich häufigen Vorsilbe zunächst nur überhaupt den Sprechmechanismus in Gang zu bringen versuchte.

Die paraphasischen Entstellungen bilden eine Musterkarte aller denkbaren Formen: meisst lässt sich eine gewisse Aehnlichkeit mit dem verlangten Wort erkennen. Wo Patientin nicht überhaupt stockt, zeigt das Product meist die Silbenzahl des Vorgesprochenen; immerhin kommen die von Bonhoeffer betonten Wortkürzungen durch Silbenauslassungen auch hier vor (Papagei — Papei, Pagei, entsprechend beim Benennen Kamühle statt Kaffeemühle, beim Lesen: Promenade — Parmade). In manchen Worten wird nur ein Buchstabe ausgelassen (Pferd — Perd, Plätte — Pätte, Stiefel — Tiefel), selten auch einer beigefügt (Rad — Grad); in manchen kehren nur Theile wieder, das Ende als Reim (Flasche — Tasche, Lasche), oder nur der Anfangsbuchstabe (Gott — Gentu), oder ein Bruchstück aus der Mitte allein (Stuhl — tu), oder in Combination mit anderen (Anton — Gentin): recht häufig wird nur der Vocal mit übernommen (Zahn — Naht), in anderen Fällen werden die Buchstaben eniweder in ziemlicher Vollständigkeit (Trompeter — Proteter) oder partiell und dann durch andere complettirt (Peitsche — Pinscho, Pantausch) umgestellt; ein lehrreiches Beispiel dafür giebt nochmals der Stuhl: Schul, Tschu, Schuld, Tut, Tusch, Tu, Schu. Nur ausnahmsweise finden sich ganz unverständliche Bildungen (Baum — Gewegen). Eine eingehendere Analyse dieser Erscheinungen und ihre schon vor längerer Zeit durch Meringer und Mayer angeregte Betrachtung unter den Gesichtspunkten der Linguistik hätte meines Erachtens die Benutzung sehr exact arbeitender Phonographen zur Voraussetzung; auch wenn ausnahmsweise das Ohr des Untersuchers zur Aufnahme all' der in Betracht kommenden Details ausreicht, versagen unsere gewöhnlichen Schriftzeichen bei der Fixation. Während der Eindruck einer erschwerten Execution bei der Conversationssprache nur ganz ausnahmsweise (bei den neugelernten Eigennamen, s. o.) gewonnen wurde, beim Benennen wenigstens objectiv nicht deutlich war, musste er sich beim Nachsprechen unmittelbar aufdrängen; die Einzelcomponenten, die diesen Eindruck hervorriefen (die Unausgeglichenheit

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:13 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Gepresstheit der Lautfolgen, die unreinen Laute u. s. w.) entziehen sich aber schon einer eingehenden Beschreibung, geschweige denn Wiedergabe in jeder Einzelreaction; das Bild wurde nach dieser Richtung vervollständigt durch die schon früher erwähnten, hier aber besonders häufigen, „probirenden" Bewegungen, die dadurch bedingte Verzögerung der Reaction und durch die grimassirenden Mitbewegungen.

Die Frage, was Patientin nachsprechen konnte oder nicht konnte, ist schon oben gestreift; am schlechtesten gelangen ihr sinnlose Buchstabencombinationen, bei denen sie auf das mechanische Nachsprechen ausschliesslich angewiesen gewesen wäre; dass nicht die ungewohnte Buchstabenfolge angeschuldigt werden darf, ergiebt sich sehr einfach aus der Thatsache, dass sie sogar beim Nachsprechen einzelner Buchstaben des Alphabetes und nicht nur bei den Consonanten, sondern sogar bei den Vocalen im Beginne fast regelmässig scheitert cf. IV; wenigstens das „a" pflegt man sonst gewöhnlich doch erzielen zu können, wenn Patienten überhaupt willkürlich sich noch zu äussern vermögen. Aber auch zuletzt ergiebt das Buchstabennachsprechen unter 22 Aufgaben noch 5 Fehler. Der geringen associativen Werthigkeit der Zahlworte schien es auch zuzuschreiben zu sein, dass das Nachsprechen von Zahlen noch am Schluss besondere Mühe machte; einzelne Resultate (statt 23: 3 und 2), noch mehr allerdings die später zu besprechenden Zahlenschreibversuche liessen wohl den Verdacht wach werden, dass Patientin vielleicht doch von optischen — freilich mit der Aufgabe nicht übereinstimmenden — Zahlvorstellungen aus gesprochen habe. Für die Beantwortung der Frage, von welchen Momenten es abhängig war, ob die übrigen — associativ verwerthbaren — Worte nachgesprochen werden konnten, fehlt jeder Anhaltspunkt; weder die Länge noch die relative Seltenheit der Worte kann als maassgebend erachtet werden: gelegentlich scheiterte sie auch an ganz kurzen und den allergeläufigsten (z. B. sogar wiederholt an: Stuhl). Die Willkür in der Auswahl schien hier noch grösser als bei den Benennungsschwierigkeiten amnestisch Aphasischer; bei diesen pflegen, unbeschadet einzelner Ausnahmen, doch kurze und geläufige Ausdrücke entschieden begünstigt zu sein, wenn die Störung nicht allzuschwer ist. Bezüglich des Verhältnisses dieser beiden Störungen bei der Kranken sei nochmals daran erinnert, dass zahlenmässig festzustellen war, dass das Nachsprechen viel mehr gelitten hatte als das Benennen. Da die Kranke gerade nicht mechanisch nachsprach, erscheint dieses Verhalten kaum verständlich; man hätte erwartet, dass sie die Worte, die sie auf den optischen Reiz des Gegenstandes hin fand, wenn sie sie

Generated on 2019-02-17 16:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

hörte und verstand (letzteres wurde festgestellt), auch wieder auf dem Wege über den Begriff hätte nachsprechen können. Dem Nachsprechen konnte gelegentlich ein Mittel zu Hülfe kommen, dessen sich andere Kranke mehr oder weniger willkürlich sonst wieder beim Suchen von Bezeichnungen bedienen, die Ausführung entsprechender Bewegungen: so kann Patientin unter Andeutung von Peitschbewegungen zuletzt das Wort Peitsche nachsprechen, ebenso wie andere auf diese Weise sich die Benennung erleichtern. Einigermaassen verwandt, aber nicht identisch ist der Vorgang, der stattfindet, wenn die Kranke das Wort Zwerg zwar nicht nachsprechen kann aber sofort erklärt: im Bilderbuch hab' ich ihn gesehen, den Zwerg. Die Beobachtung erinnert an den Kranken Gowers's, der gedrängt, nein zu sagen, zuletzt ärgerlich erklärt, ich kann nicht nein sagen. Nur handelt es sich nicht um eine Affect- sondern um eine rein associative Leistung.

Unerwartet waren auch die schlechten Ergebnisse beim Nachsprechen von kurzen Sätzen; die Aufgabe war auch in dem früher von mir beschriebenen Fall transcorticaler motorischer Aphasie, in dem sonst gut nachgesprochen wurde, ebenso in einem anderen leichter motorischer Aphasie[1]), auffallend schlecht gelöst worden. Im vorliegenden Falle ist der Defect noch schwerer zu erklären; gerade nach der Art, wie die Kranke nachsprach, hätte man wieder erwarten sollen, dass ihr sinnvolle Sätze weniger Mühe gemacht hätten, als einzelne Worte; insofern unterscheiden sich allerdings die Befunde von den zuerst erhobenen, als diesmal auch die falschen Reactionen zumeist an sich sinnvoll blieben und dass sie von dem Wortlaute und Klang des Vorgesprochenen viel unabhängiger waren, zum Theil damit überhaupt keinen klanglichen sondern ausschliesslich inhaltlichen Verband hatten (es blitzt und donnert — der Himmel u. ä.). Ich muss es mir versagen, auf alle Eigenthümlichkeiten des Nachsprechens bei der Kranken einzugehen und mich begnügen, bezüglich derselben auf die Protokolle zu verweisen.

Seine Ansichten über die Leitungsaphasie hat Wernicke zuletzt[2]) in folgender Weise formulirt: „Sollte sich einmal ausschliesslich diese Art des Nachsprechens (i. e. das sofortige Nachsprechen auf Anhieb und die Fähigkeit, auch unverstandene, mit keinem Sinn zu verknüpfende Worte und Wortfolgen, z. B. einer fremden Sprache angehörige nachzusprechen) aufgehoben, dagegen Sprachverständniss und Sprach-

1) Archiv für Psychiatrie. Bd. 41. S. 681.
2) l. c. S. 499.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fähigkeit erhalten und Paraphasie mit erhaltener Kritik für die gemachten Missgriffe gepaart zeigen, so würde ich glauben, es sei damit den Anforderungen für ein Paradigma in klinischer Beziehung genügt."

Ich glaube, die beigebrachte Beobachtung dürfte diesen Voraussetzungen entsprechen; klinisch wäre damit, wie mir scheint, noch sicherer, als durch die inzwischen erschienene letzte Veröffentlichung aus der Wernickeschen Klinik[1]) die Existenzberechtigung einer als Leitungsaphasie zu bezeichnenden Form erwiesen. Die schematischen Ableitungen haben also nach dieser Richtung ihren heuristischen Werth und damit ihre Berechtigung erwiesen, auch was den Act des Nachsprechens angeht. Ich glaube, dass angesichts der erhobenen Befunde seine Differencirung als förderlich bezeichnet werden darf, auch wenn sich — ganz in Uebereinstimmung mit der eingangs dargelegten Auffassung — ergeben hat, dass auch hier die Scheidung in Kategorien keine „reine" ist. Jedenfalls hat sie uns eine „Dissociation des Sprachvermögens" zu erkennen und zu analysiren gestattet, von der Freud[2]) noch sehr bestimmt behaupten konnte, „jedermann werde zugeben, dass sie noch niemals beobachtet worden sei und keine Wahrscheinlichkeit habe, jemals zur Beobachtung zu kommen".

Sicher, und das erscheint mir viel wichtiger, als der Nachweis, dass eine theoretisch construirte und lange angezweifelte Form doch existirt, lassen sich Befunde, wie sie hier und vor Kurzem von Kleist erhoben wurden, absolut nicht vereinigen mit der functionellen Theorie Bastian's und Freud's; bildet ja das vermeintliche Nichtvorkommen einer derartigen Combination einen der Grundpfeiler, auf denen Freud sein System aufgebaut hat. Ich wüsste nicht, wie man die hier nachgewiesene Störung des Nachsprechens anders erklären sollte, als durch die Annahme, dass jene Verbindungen in ihrer Function geschädigt sind, auf denen das Nachsprechen zunächst erlernt und später geübt wird. Wenn trotzdem spontan besser gesprochen und durch ein gewisses Maass von Spotaneität der Defect im automatischen Nachsprechen ausgeglichen werden kann, so muss sich daraus ein doppelter Schluss ergeben: einmal, dass im Gegensatze zu der Annahme Freud's, ausser dieser zerstörten Verbindung, doch noch andere bestehen, die correcte Sprechleistungen wahlweise auslösen können, zum zweiten aber, dass diese beiden Kategorien von Verbindungen auch unabhängig von einander geschädigt werden können. Ich habe früher[3]) im Anschluss an

1) s. o. Kleist.
2) Freud, Zur Auffassung der Aphasien. 1891. S. 12.
3) l. c. S. 59.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sachs die Bedenken hervorgehoben, die einer derartigen Annahme vom anatomischen Standpunkt entgegenstehen; ich glaubte deshalb die Erscheinungen der transcorticalen, motorischen Aphasie durch die Annahme verständlich machen zu können, dass bei einer unvollständigen Läsion der zuleitenden Bahnen die durch den Reiz möglichst eindeutig bestimmten Reactionen noch die meisten Chancen des Gelingens hätten; diese Auffassung kann aber für unsere Beobachtung nicht zutreffen, die ja in mancher Beziehung gerade das Gegenstück der transcorticalen, motorischen Aphasie darstellt und in der gerade die eindeutigst bestimmte Reaction, das Nachsprechen, am stärksten gestört ist. Auch unter dem von Bonhoeffer[1]) hervorgehobenen Gesichtspunkte, dass die ältesten und „eingeschliffensten" Bahnen am widerstandsfähigsten sind, wäre die Beobachtung nicht zu erklären. Man wird also trotz aller anatomischen Bedenken die Symptomencombination, wie sie sich hier darstellt, aus einer besonderen Localisation der Schädigung zu erklären versuchen, für die zunächst die Insel in Betracht käme; man würde auch in Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse thatsächlich weniger Bedenken zu erheben haben gegen die zur Erklärung der Erscheinung zu machende Annahme einer isolirten Unterbrechung der directen sensorisch-motorischen Verbindungen (etwa in den nach hinteren Inselpartien) als gegen eine isolirte Verschonung derselben, wie sie der schematischen Vorstellung vom Zustandekommen der transcorticalen motorischen Aphasie entspräche. Die an sich sehr plausible Erklärung wird aber zweifelhaft angesichts der Thatsache, die auch Wernicke, ganz besonders nachdrücklich neuerdings v. Monakow[2]) betont, dass die Befunde bei anatomisch nachgewiesener Inselläsion die Annahme nicht zu stützen geeignet sind. Unser Fall, in dem kaum über die Art, geschweige denn über die Localisation der Gehirnläsion ein Urtheil möglich war, kann natürlich nach dieser Richtung nichts lehren. Wir müssen uns deshalb mit der Mittheilung und Analyse eines gewiss nicht häufigen klinischen Befundes begnügen.

Ich habe zunächst die Verhältnisse des Lesens und Schreibens absichtlich unberücksichtigt gelassen, weil der Zustand durch die bisher besprochenen Erscheinungen genügend charakterisirt erschien; sie verdienen noch einige Worte.

Gleichviel, wie man sich die Erkrankung anatomisch begründet denkt, muss die eingetretene Zerreissung des Verbandes zwischen Laut- und Bewegungscomplex eine Störung desjenigen Complexes zur Folge

1) l. c. S. 217.

2) v. Monakow, Gehirnpathologie. II. Aufl. S. 942.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haben, der nach Wernicke als „Wortbegriff", gewöhnlich nach dem Vorgange französischer Autoren als „innere Sprache" bezeichnet wird. Auf eine Schädigung dieses Complexes wurde oben schon vermuthungsweise eine leichte Erschwerung des Satzsinnverständnisses zurückgeführt, die sich merkwürdiger Weise bis zum Schlusse der Beobachtung ziemlich unverändert erhalten hatte.

Als eine zweite derartige Folgeerscheinung wird man auch die Lese- und Schreibstörung aufzufassen geneigt sein. Die Schreibstörungen waren einer genauen Controlle nicht zugänglich; zu entsprechenden Versuchen war sie nur ganz im Beginn zu bewegen: Spontan- und Dictatschreiben misslangen; das Abschreiben war leicht beeinträchtigt. Zahlen konnten im Reihenverband spontan geschrieben, ausserdem copirt werden; die Buchstaben- resp. Ziffernform war nicht geschädigt; Ihre späteren spontanen Producte, soweit wir Einblick darein bekamen, zeigten den Typus der geschriebenen Paraphasie; die Buchstabenform war jedenfalls erhalten. Das Abschreiben gelang, wenn Patientin dazu zu bringen war, Worte zu copiren; am besten gelangen aber Zahlen, die wohl noch am Ehesten „auf Anhieb" abgeschrieben wurden. Im Ganzen war bei der Kranken, trotz ihrer sonstigen Bereitwilligkeit, auch später über die Schreibfähigkeit wenig festzustellen; diese Unlust zu Schreibversuchen, die sie mit ihrer Unfähigkeit erklärte, ist vielleicht das Wesentlichste, was festgestellt wurde. Im Uebrigen liegen ja gerade für das Schreiben die Verhältnisse so complicirt, dass nur unter besonders günstigen Verhältnissen wirklich neue, brauchbare Aufschlüsse zu gewinnen sind.

Eingehender konnte das Lesen geprüft werden. Die Kenntniss der Buchstaben schien von Anfang an ungestört; Protokolle über das Suchen verlangter Buchstaben sind leider nicht aufgenommen. Patientin konnte aber schon 3 Tage nach der Aufnahme (IV) fast ausnahmslos vorgeschriebene Einzelbuchstaben laut lesen; die angehängten falschen, zum Theil perseveratorisch auftretenden Buchstaben machten am meisten den Eindruck freiwillig angeschlossener Sprechübungen. Einmal kam es bei der Gelegenheit wieder zu einer Art, diesmal allerdings rein klanglicher Ideenflucht (K — Ka, Kantine). Zu der gleichen Zeit misslang der Versuch, die gleichen Buchstaben nachzusprechen, noch fast ausnahmslos, wie die Tabelle erkennen lässt. Liess man erst lesen, sprach den gelesenen Buchstaben nochmal vor und liess die Patientin dann nachsprechen (sub V), so ging letzteres entschieden besser.

Viel schlechter gelang das Lesenlassen von Worten: hier finden sich die nämlichen Paraphasien wie beim Nachsprechen, immerhin gelang das Lautlesen noch etwas besser als das Nachsprechen, wie aus

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

No. IV ersichtlich. In allen Fällen aber verstand Patientin, was sie las; in Versuch IV documentirt sie das durch ihre Commentare, die nicht alle protokollirt sind, noch einwandfreier in Versuch VI durch das richtige Zeigen der aufgeschriebenen Gegenstände auch da, wo das Lautlesen ganz unverständliche paraphasische Producte zu Tage gefördert hatte; in diesem Versuche fällt auch der gegen IV etwa zu erhebende Einwand weg, das Verständniss des Gelesenen sei erst durch das vorherige Vorsprechen des Wortes ermöglicht worden.

Angesichts der vorauszusetzenden Schwere der „Wortbegriffsstörung" erscheint diese Fähigkeit, mit Verständniss zu lesen, immerhin bemerkenswerth, umsomehr, da die Feststellung schon im Beginn der Beobachtung erfolgte. Gleichviel, ob die Kranke das Wort vorgesprochen oder geschrieben vorgelegt bekommt, sie versteht den Inhalt, während die Aufgabe, es auszusprechen, mangelhaft (beim Ablesen aber noch etwas besser). gelingt.

Noch deutlicher wird die Uebereinstimmung in den complicirteren Aufgaben: statt der kleinen Sätzchen (VI. Schluss), die ihr vorgeschrieben sind, producirt sie beim Ablesen einigermaassen sinnvolle Phrasen, die aber immerhin fast ausnahmslos erkennen lassen, dass das eine oder andere Wort aus dem vorgeschriebenen Satze auch inhaltlich verstanden ist. Dagegen ist die Auffassung der Gesammtsätze ebenso schlecht, wie die der kurzen mündlichen Aufgaben: sie antwortet auf die schriftlich gestellten Fragen fast nie und befolgt ein einziges Mal, vielleicht zufällig, eine schriftlich gethane Aufforderung.

Das Lautlesen zusammenhängender Stücke blieb bis zum Schlusse sehr beeinträchtigt; was sie dabei producirte (cf. den Zwischenbericht) entsprach den früheren Resultaten beim Ablesen einfacher Sätze. Das Verständniss schien allerdings nach der Art der Reproduction zu schliessen jetzt besser. In Wirklichkeit dürfte es sich um genau das Gleiche gehandelt haben, was bezüglich des Sprachverständnisses ausgeführt wurde (unsere Beobachtungen bezogen sich auf Briefe, die sie von zu Hause erhielt): ein im Wesentlichen erhaltenes Wortsinnverständniss (auch beim Lesen) genügte, um sie die wesentlichen Begriffe finden zu lassen; wie ihr diese in der Conversation genügten, um im grossen Ganzen folgen zu können, so genügten sie ihr auch, um den Briefen das Wesentliche zu entnehmen; sie las einigermaassen im „Depeschenstyl"; diese Nachhülfe aus der Situation heraus fehlte aber bei den ohne Zusammenhang vorgeschriebenen Sätzchen, ebenso wie bei den explorationis causa gestellten Fragen. Im Uebrigen gelten hier bezüglich der genauen quantitativen Bewertung der Störung die gleichen Erwägungen wie bezüglich des Sprachverständnisses.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Am auffallendsten war die Uebereinstimmung bezüglich der Fremdworte: Patientin war auch am Schlusse der Beobachtung fast nie im Stande, auch nur vierbuchstabige, vorgeschriebene Worte, die ihr unbekannt waren, zusammenhängend auszusprechen, trotzdem sie die einzelnen Buchstaben richtig laut las; entweder sie lehnt den Versuch, sie zu vereinigen, ab oder sie producirt unter Verwendung einiger Buchstaben ein Phantasiewort, am liebsten anklingend an Bekanntes (übrigens auch ein Beitrag zur Frage des buchstabirenden Lesens).

Die Vergleichung der Befunde beim Lesen mit den übrigen würde also etwa Folgendes ergeben:

Das Lautlesen von Buchstaben gelingt erheblich, das Lautlesen von Worten etwas besser als das Nachsprechen von Buchstaben resp. Worten. Im Uebrigen ist der schriftliche Eindruck (Vorgeschriebenes) für die Patientin ganz gleichwerthig mit dem acustischen (Vorgesprochenes); beides wird bis in die Details gleichmässig gut aufgefasst und von der Patientin gleich unvollständig reproducirt; auch ganz kurze Fremdworte können weder nachgesprochen noch abgelesen werden.

Die Befunde zeigen in den wesentlichsten Punkten Uebereinstimmung mit der wiederholt erwähnten Beobachtung Kleist's; auch in einem von Pick[1]) mitgetheilten Falle scheinen vielfach ähnliche Verhältnisse vorgelegen zu haben.

Das Zahlenlesen gelang, wenn auch nicht ausnahmslos, doch mit einstelligen Zahlen von Anfang an ziemlich gut, und besser als das Nachsprechen; auch Zahlen zwischen 10 und 20 schienen noch zu gehen, von grösseren producirte sie meist einige Ziffern oder Combinationen mit denselben (976: 19, 17, 16); am Ende der Beobachtung wurden zweistellige Zahlen fast ausnahmslos, dreistellige noch zum Theil, sogar vierstellige noch mit geringen Fehlern gelesen, während das Nachsprechen auch nur zweistelliger in der Mehrzahl der Fälle misslingt.

Anlässlich dieser Prüfungen hat sich noch ein theoretisch werthvolles Resultat ergeben:

Patientin soll eine zweistellige Zahl nachsprechen und dann aufschreiben; in vier von sechs Fällen spricht sie eine falsche Zahl nach, schreibt aber dann die gleiche falsche Zahl nieder. Der Befund wurde leider erst im Entlassungsstatus erhoben und konnte auf seine Constanz nicht nachgeprüft werden; er illustrirt sehr typisch die Berechtigung des Ausdruckes „geschriebene Paraphasie"; er erlaubt aber vielleicht auch einigermaassen in die Genese dieser Störung einzudringen. Ich

1) A. Pick. Zur Lehre von der sogenannten Leitungsaphasie. Beiträge zur Pathologie etc. des Centralnervensystems. S. 134.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hatte schon oben die Vermuthung geäussert, dass die Patientin bei diesem Versuche von einer — falschen — optischen Vorstellung aus spreche und schreibe. Im Allgemeinen dürfte eine derartige Auffassung — abgesehen von den Verhältnissen bei besonders ausgesprochenen und lesegeübten Visuels — kaum auf Zustimmung zu rechnen haben. Anders vielleicht doch, so weit es sich um Zahlen und Ziffern handelt. Das Zifferbild ist ja mit dem Zahlwort viel enger verbunden, als das Buchstabenbild mit einer Gegenstandsbezeichnung; ich werde darauf anlässlich weiterer Befunde bei Patient IV zurückzukommen haben. Wenn nun bei einer Kranken, die intendirte zweistellige Zahlen zu sprechen im Stande ist (sie liest sie ja correct ab), beim Nachsprechen Fehler eintreten, so muss vorher eine Fälschung eintreten und wenn der Fehler identisch auch beim Schreiben auftritt, so wird man berechtigt sein, ihn in beiden Fällen an der gleichen Stelle zu suchen. Der Schluss scheint mir nicht allzu gewagt, dass dafür die „Stelle" der optischen Ziffernomponente in Betracht kommt. Wie der Fehler zu Stande kam, wird gerade angesichts des guten sonst constatirten Sprachverständnisses schwer zu erklären sein; immerhin geben zwei Beobachtungen nach dieser Richtung einen gewissen Fingerzeig. Patientin kann zu einer Zeit, wo sie im Uebrigen schon relativ gut Gegenstände benennt, kein einziges, auch der geläufigsten Geldstücke bezeichnen (sub II, 30. Juli), trotzdem sie dieselben auf Verlangen zeigt (I. 30. Juli), sie scheitert auch an der Lösung einfachster Rechenaufgaben. Genauere Untersuchungen über das Rechenvermögen, deren grosse Bedeutung für die Frage der Aphasie mir gerade in der letzten Zeit deutlich geworden ist, sind leider damals nicht angestellt worden.

Ich stelle dieser Beobachtung zunächst eine zweite vom Typus der sensorischen Aphasie gegenüber, bei der speciell auf das Verhältniss von Sprachverständniss und Fähigkeit zum Nachsprechen geachtet wurde.

Beobachtung II.

Friedrich Th., 66 Jahre, Landwirt, aufgenommen 12. Februar 1903, entlassen 1. September 1903.

Anamnese: Patient soll früher gesund gewesen sein, nicht getrunken haben; wie nachträglich in Erfahrung gebracht wird, hat er seit vielen Jahren die Praxis eines Kurpfuschers betrieben und dadurch sich einen weitverbreiteten Ruhm erworben. Seit mehreren Jahren Diabetes, den er selbst behandelte; meist zwischen $^3/_4$ und 1 pCt. Sacch.

Er soll seit einem Jahre (nach Angabe des Sohnes) vergesslich geworden sein, ausserdem ängstlich und misstrauisch und confuses Zeug gesprochen haben; seit dem Juli v. J. sei es aber wieder leidlich gegangen. Nach einer

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kurzen, ärztlichen Mittheilung hätte er schon im Sommer v. J. einen „schlaganfallartigen Zustand" gehabt mit Sprachstörung, die schliesslich wieder verschwunden sei.

Am 8. Dezember 1902 habe er wieder begonnen confus zu reden, man habe ihm eine Mastkuh gestohlen; am folgenden Morgen sei die Sprache dann so gestört gewesen, dass man ihn nicht mehr verstehen konnte; weder Lähmungserscheinungen, noch Bewusstlosigkeit! Der Sohn meint, der Vater habe nur die Worte nicht finden können, aber verstanden, sodass man sich gut mit ihm verständigen konnte, auch habe er vorgesagte Worte nachsprechen können.[1]) Der Zustand habe sich nicht wesentlich geändert. Der Kranke habe sich zu Hause geordnet gehalten, sei lenksam und sauber gewesen.

Stat. praes. Rüstiger, alter Herr. Ewas Emphysem. Puls etwas beschleunigt. Urin: ohne Eiweiss. 2 pCt. Zucker.

Spur von Facialisparese rechts, ganz leichte Zungendeviation nach rechts; sonst ven Seiten des Nervensystems keine Anomalien, keine Hemiopie.

Im ganzen mehr euphorisch geräth er gelegentlich, wenn man sich mit ihm beschäftigt, in rasch vorübergehendes Weinen; er ist attent, verfolgt, was um ihn vorgeht, ist componirt und scheint auch orientirt; er ist willig bei der Untersuchung und geht auf Alles ein.

Der vorläufige Befund der Aphasieuntersuchung ist im Journal in folgender Weise zusammengefasst: Eine Verständigung mit ihm ist schwer; das gesprochene Wort versteht er nur unvollkommen, am ehesten noch kurze Sätze; er befolgt vielfach einfache Aufforderungen; dabei kommen mehr Treffer heraus, als wenn er zu vorgelegten Gegenständen das Wort finden soll. Beim Spontansprechen kommen meist unverständliche Worte und Silben heraus, paraphasische Elemente, Haftenbleiben, Anhängen von Silben an die Worte, wie rum, drum, derum. Nachsprechen gleichfalls mangelhaft; auch dabei Anhängen von Silben, Haftenbleiben, Paraphasien. Beim Lesen einzelne Worte richtig, dann wieder Paraphasie.

Ueber den genaueren Befund wurde vom 14. Februar bis 13. März in zahlreichen Untersuchungen das Folgende festgestellt.

I. Sprachverständniss.

A. Aufgabe: Genannte Gegenstände zu zeigen.

14. Februar. Er zeigt (in natura): Spiegel, einen Papierbuchstaben (!), Glaslinse, Wollfaden, Watte, Bilderbuch richtig.

---

1. Wie unzuverlässig derartige Angaben der Angehörigen (sehr häufig auch des Wartepersonales) sind, hat mich ausser vielen anderen besonders eine Erfahrung gelehrt: dass mir nämlich die besorgte Familie einer total paraphasischen Kranken der Klinik mit zahlreichen Details über eine Menge von Klagen und Beschwerden berichtete, die ihnen die Kranke anlässlich eines kurzen Besuches vorgebracht haben sollte; thatsächlich war sie nicht imstande, auch nur den einfachsten Wunsch auszusprechen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pinsel, Schlüssel, Geldbeutel, grünen Wollfaden und Hammer kann er nicht finden (wiederholt dabei: „der Hammer fehlt auch noch"); statt des Bleistifts giebt er erst ein Hörrohr, findet ihn bei einer Wiederholung wenige Minuten später; statt einer Nadel zeigt er den Pinsel.

Er zeigt richtig (an sich): Nase, Augen, Haare, Kopf, Daumen, Zeigefinger, Ohr, Hand, Zähne, Jacke, Bein, Fuss, Ellenbogen! Handgelenk! und Augenwimpern!

Der einzige Fehler ist statt Mund: Nase.

Bei Benutzung weniger geläufiger Gegenstände im Bilderbuche werden die Resultate schlechter. Er zeigt richtig:

Storch, Säbel, Trommel, Helm, Klingel, Uhr, Wiegemesser, Elephant, Pferd, Leiter, Ochse (also 11 richtige Reactionen).

Bei 25 weiteren Fragen zeigt er 17mal überhaupt nichts, 8mal beliebige andere Gegenstände; dabei macht sich der Einfluss des Haftenbleibens geltend.

(Zur Ergänzung vergl. auch sub V. und VI.)

B. Reaction auf kurze Sätze.

14. Februar.

Zeigen Sie die Zunge!	Nennt seinen Namen.
Wie heissen Sie?	+
Wie heissen Sie mit Vornamen?	Friedrich (+).
Wie alt sind Sie?	23
Zeigen Sie die Zunge!	3 Augen, 3 Stück.
Geben Sie mir die Hand!	+
Geben Sie mir die linke Hand!	Sagt: rechts.
Stehen Sie auf!	+
Gehen Sie nach der Thür!	+
Gehen Sie nach dem Schrank!	+
Kommen Sie wieder!	+
Zeigen Sie mir Ihre Nase!	Sagt: rechts.
Machen Sie die Augen zu!	+
Machen Sie die Augen auf!	+
Geben Sie die linke Hand!	+
Zeigen Sie nach dem Fenster!	Sieht nach dem Fenster.
Knüpfen Sie Ihre Jacke auf!	Sagt: rechts auch.
Setzen Sie sich auf's Sopha!	+
Stehen Sie wieder auf!	+
Legen Sie die Hände zusammen!	Setzt sich anders.
Heben Sie die Hand hoch!	+
Zeigen Sie die Zunge!	Rechts, ja rechts.
Wo sind Sie geboren?	+
Wie viel Kinder haben Sie?	10 Stück.
Wie viel Söhne?	6
Wie viel Töchter?	3
Sind Kinder gestorben?	Nee, 6 Stücksken wird das werden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Aufgabe, gezeigte Gegenstände zu erkennen.

Von circa 40 vorgelegten Gegenständen benennt er richtig: 10 Pf.-Stück, 5 Mk.-Stück, Nase, Bart, Kopf, Stuhl, Bett, Auge (8 richtige Reactionen), auch von diesen misslingen einige vor- oder nachher.

Die Fehlreactionen erfolgen zum Theil im Sinne des Haftenbleibens, zum grösseren in paraphasischen Producten, z. B.:

Schlüsselbund	das sind Lükner.
Watte	das ist ein bischen Lotno.
Glaslinse	Augenwasser[1]).
Hörrohr	das ist auch so'n Ding zum Ausliegen hier.
Hammer	das ist auch so'n Ladotium.
Bleistift	Bleninium, so.
20 Mark	das sind doch 3 Mark wohl.
Nur 3?	nee, 10 Mark hat's doch wohl gekostet.
Geldbeutel	25 Stückchen.
Ohr	Luppöhr, Ohrrund, Rundrohr.
Haar	Aardrort.
Zeigefinger	Augennadel.
Hand	das ist von Natenmitsch da.

Die Ergebnisse mit dem Bilderbuche illustrirt die folgende, ungekürzte Reihe vom 17. Februar:

Storch	Klapperstorch.
Klingel	Balle, wie eine Kogel.
Besen	Bürste.
Ente	Putsche.
Säbel	kleiner Horkoran, Hirsch.
Schraubenzieher	Korkefinzer.
Stiefel	Storch.
Helm	ein Stückchen Zingel.
Trommel	eine kleine Bolnone.
Uhr	Hörner.
Esel	das ist ebenso schöner Hölner.
Wiegemesser	das ist ebenso wie ein Wirt.
Hackmesser	Häckebeel.
Kinderwagen	so ein schlechtes Leiterninda.
Kamm	vón Gardner da.
Roter Schirm	rot mutte.
Ofen	wie ein Eisen.
Blasebalg	letzte Mütze hier.

1) Wohl nicht zufällig, wenn man an des Patienten medicinische Kenntnisse denkt, die auch bei der Beurtheilung mancher halb lateinisch klingender Paraphasien heranzuziehen sind.

Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Kinderflasche	das ist von den Herrn da.
Kaninchen	das muss doch rein, ja sinn.
Plätteisen	Eisen.
Elephant	Herk, herst, herk da immer.
Gewehr	Fuss, schootreissen da.
Fuchs	das hen sie nicht können fressen.
Schaf	altes Horn.
Spinnrad	muss doch eine Art sein.
Ei	ein altes Ding zu Dinger.
Uhr	wie eine Brille da.
Uhrschlüssel	muss doch ein olt wult sein.
Ambos	so ein holben dosen.
Bei Strauss und Hammer	das weiss ich och nicht.

Zahlreiche unverständliche Silben und „Worte", die Patient beifügte, konnten nicht fixirt werden.

Den Versuch durch Gesten etc. sein Verständniss für das Gezeigte zu documentiren macht er nicht.

III. Aufgabe, Vorgesprochenes nachzusprechen.

Einsilbige bekannte und sehr geläufige Worte (Fuss, Hand etc.) gelingen; 15 richtigen Reactionen steht nur eine falsche gegenüber (Schrank: Ranschke). Bei zweisilbigen Worten der gleichen Gruppe stehen 10 richtigen schon 7 falsche Reactionen gegenüber (Ofen: Ochem; Birnbaum: Börhenheimer; Bahnhof: Hatnerhier, nach Wiederholung: Bahner; Geldstück: Geldnippche; Boden: Bodner; Lampe: Lampner; Flieder: Fliedner. NB. zwischen den 3 letzten jeweils wieder richtige).

Von dreisilbigen hierhergehörigen Worten gelangen nur zwei noch dazu mit einem Zusatz (Eisenbahn: Eisenbahner; Augenlid: Augenlider).

Den Erfolg mit weiteren bekannten drei- und mehrsilbigen Worten veranschaulicht die folgende Reihe (wie die vorgehenden vom 18. Februar). Bilderbuch: Bilderbrecher; Kanapee: Kalape; Ofenschirm: Hafenheier; Lampenschirm: Lampenscheider; Dachgiebel: Kapendieler; Schornsteinfeger: Schornenoppenscherer; Hausbursche: Huschenhenterheuer; Ofenklappe: Kopfenleuter; Bettdecke: Keppendribner; nach Wiederholung: Keipendenmelde; Apfelbaum: Kapfmadel; Rosenstock: Rosenholl, Rosendoll; Laternenputzer: Lattenhemnerhettler; Eisenbahnwagen: Eisenbaderagenwärmer; Bahnhofstation: Bahnererstabion; Bahnhofvorsteher: Bahnererinestob; Kalender: Kadnosalender.

Grössere Schwierigkeiten schien das Nachsprechen von ungewöhnlicheren Abstractis zu machen.

Einige einsilbige (List, Neid, Glück, Loos) gelangen zwar, nur aus Hass wurde Hast, aber von den zweisilbigen gelang überhaupt keines mehr. (Weisheit: Weishaus; Dummheit: Dumka; Thorheit: Teuerhand; Frechheit: Feucht-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haus; Klugheit: Klugman; Ohnmacht: Holenaht; bei Wiederholung: +; Unthat: Tatmalin.)

Wenn möglich noch schlechter geriethen dreisilbige Worte dieser Gruppe (Hinterlist: Hinternitz; Schnelligkeit: Scheunigkeit; Ungemach: Ungemat; Ereigniss: Eignisamt; Frevelthat: Freudenselimenat).

Wider Erwarten schlecht gelang das Nachsprechen von Rufnamen; 10 gelungenen ein- und auch zweisilbigen und einem dreisilbigen (Daniel) stehen folgende 12 Fehler gegenüber: Adolf: Adolion; Friedrich: Friedia; Otto: Ottolf; [NB.: die sechste Aufgabe nach Adolf] Christian: Kirchhof, ebenso bei Wiederholung; Emil: lima limia, bei Wiederholung: mili; Klara: Karakinka; August: Augustus; Titus: Tibtus; Elias: Elianas; Karolina: Karoleolina; Pauline: Karalina, bei Wiederholung +; Urban: Karaneropana, bei Wiederholung erst + dann Kurban; Erich: Leremen, bei Wiederholung: Gerich; Philipp: Philimin; Hermann: Herwan).

Von fremden Buchstabenzusammenstellungen gelang die einsilbige Combination ro, von zweisilbigen: asa, nani, fana, heuron, stuma und natus. Die übrigen ergaben:

Ola: lala; uno: una; harun: hanrau (ebenso bei Wiederholung); fata, hataha; simia: simian, sieben Jahr; sola: sololda; ali: alienja; lila: lilian; umbra: tuumubranja; felis: felias; fala: preiala; stola: stoala; mitra: mitraktran; lola: loa; usi: jusia; fatra: falatra; stana: tastiana; truni: trumia; olaf: alcanea; alpha: alphand; gamma: gamian; delta: deelmatia; mi: miana; ni: mi; zetta: zeiaka; stina: stinia (nach Wiederholung stintian); manus: manius; tabra: tatramta; naphtha: naphturkan.

Weitere Proben von Nachsprechen unter IV. Schluss.

IV. Aufgabe, Reihen zu sprechen.

Die einzige längere Reihe, die Patient zu produciren veranlasst werden konnte, war die Zahlenreihe, und zwar begann er auf die blosse Aufforderung „Zählen Sie mal“ (also ohne Vorsagen) von 1 ab bis 20 zu zählen, zählte bis 20, begann wieder von vorne bis 50, 60, 70—90 und begann dann wieder von vorne; der Sprechact selbst erwies sich, wie in allen anderen Untersuchungen ungestört.

Zum Aufsagen der Wochentage war Patient nicht zu veranlassen; auf die Aufforderung: Sagen Sie die Wochentage Sonntag, Montag fährt er einmal fort (nachdem NB. eben das Zählen geprüft ist), Montag, 2, 3, 4, 5, nach Wiederholung der gleichen Aufforderung: Montag, Mittwoch 4, 5, 7, 6, 5. Weitere Wiederholung besserte nichts; ebensowenig gelangen die Monatsnamen oder bekannte Verse. Liederverse sang er, aber anscheinend mit paraphasischem Texte.

Der Versuch, dem Patientin die Glieder geläufiger Reihen einzeln vorzusprechen und ihn nachsprechen zu lassen, ergab:

Montag	+ Landtag.
Dienstag	+
Mittwoch	Modium.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Donnerstag	+
Freitag	Montag, Freitag.
Sonnabend	Montag, Sonntag.
Sonnabend	Sonntag.
Mittwoch	Montag.
Freitag	Freitentag, Sonntag.
Montag	Guten Tag.

Unmittelbar angeschlossen mit den Monatsnamen:

Januar	Janjan.	Mai	+	September	Semian.
Februar	Jotjen.	Juni	+	October	Kontia.
März	+	Juli	Julia.	November	Nenna.
April	Apionja.	August	Jajustia.	December	Ermadenzian.

IV. Aufgabe, die Bezeichnung von Gegenständen nachzusprechen, dann die Gegenstände zu zeigen.

Es sind im Ganzen gerade 50 derartige Aufgaben protokollirt; das Ergebniss war:

I.	Richtig	nachgesprochen	und	richtig	gezeigt	10	Fälle
II.	„	„	„	falsch	„	15	„
III.	Falsch	„	„	richtig	„	10	„
IV.	„	„	„	falsch	„	15	„

Zusammengerechnet, also 25mal richtig nachgesprochen, 20mal richtig gezeigt; die letzten 10 Versuche der Columne III folgen hier (sie finden sich NB. über die ganzen auf mehrere Tage vertheilten Versuchsreihen zerstreut).

Vorgesagt	Nachgesprochen	zeigt
Messer	Meze, Mezan	+
Zweimarkstück	Zweieckstück	+
Uhr	Buum	+
Hufeisen	?	+
Fuchs	funfzehn (zweimal)	+
Schwein	—	+ (beim Zeigen spontan: ein Schwein)
Zuckerhut	Lutner	+
Messer	da nehmen sie auch so ein Masses hier	+
Spiegel	meidel, midel	+
Hammer	Akwer	+

Auch hier waren die Resultate selbst innerhalb der 50gliedrigen Reihe nicht constant; Worte aus der angeführten Gruppe wurden bei anderen Gelegenheiten auch einmal nachgesprochen, ohne dass der Kranke den Gegenstand hätte zeigen können; gelegentlich misslang bei denselben Nachsprechen und Zeigen.

Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Einige Beispiele der in dieser Reihe gelieferten paraphasischen Producte sind: Geldbeutel: Meldleutel (bei Wiederholung Joldleutel); Bleistift: Fleibischt, Wasserglas: Glasjam (bei Wiederholung Glasjarum); Messer: hatten sie das Haus (bei Wiederholung, ebenso bei nochmaliger Wiederholung: durch ihre Handlungen); Löwe: Löweden; Kamm: Kammer; Geige: Heige; Papagei: Pepeei; Kakadu: Pandianoticum; Kaffeemühle: Panzematicum; Schlüssel: Schlüttel; Gabel: Geitel; Kakadu: Kaktaue.

Das Zeigen der Gegenstände begleitete Patient — auch wenn er falsches gewählt hatte — mit Bemerkungen wie: der liegt hier, der wird hier liegen, das ist hier mit in der Gegend, einmal: „die wächst hier auf dem Haufen"; zuweilen auch: will sehen, ob ich's finde, oder ausnahmsweise: der ist hier nicht; häufiger noch waren zum Theil oder ganz paraphasische Producte, in denen zuweilen Anklänge an das zugerufene Wort zu erkennen waren, z. B. Gabel: spricht nach Geitel, sagt beim Zeigen: das ist ein Garei, hier Geitreitel; zumeist war das Gesprochene ganz unentwirrbar: hier bei die eine hier haiatschemitschen hier u. ä.; derartige Producte wiederstrebten dann auch der Fixirung.

Ausnahmsweise gelang es, wenn er längere Zeit nach dem Nachsprechen vergeblich gesucht, auf die Frage: was suchen Sie denn? zutreffende Antwort zu bekommen.

V. Aufgabe: einen genannten Gegenstand zu zeigen und den gleichen Gegenstand unmittelbar darauf zu benennen.

Zeigen Sie!	Zeigt:	Was ist das?
Besen	—	Beisen da, gesaut.
Storch	+	+
Stiefel	Helm	das ist auch der Stiebel, wigst.
Trommel	—	das ist auch eine Wunduhr, eine kleine Wunderuhr.
Ofen	+	das ist auch sein Wundröhrsch.
Spiegel	—	Wurerempelpompel.
Ziegenbock	—	lachend: da steht er ja.
Scheere	Rechen	das ist eine Scheere.
Mond	+	das hier ist eine Mark.
Schwein	+	ein Schwandaum.
Kakadu	—	das ist eine Wanderuhr.
Papagei	Schwein	das ist och een Kakeno.
Messer	Mond	Heiteratu.

VI. Lesen und Schreiben.

Wurden dem Kranken Einzelbuchstaben vorgelegt, so las er meist auch einzelne Buchstaben ab.

Die zahlenmässigen Resultate einer derartigen Reihe sind ungefähr folgende:

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grosse, gedruckte, lateinische Buchstaben			29	richtig,	8	falsch.
Kleine,	„	„	13	„	5	„
Grosse, geschriebene, deutsche		„	15	„	9	„
Kleine,	„	„	11	„	9	„

Die Resultate waren also bei lateinischen Buchstaben, die dem Kranken NB. aus seinem „Berufe“ sehr geläufig waren, etwas besser. Die Zahlen müssen als ungefähre bezeichnet werden, weil nicht immer sicher zu entscheiden war, was als richtig anerkannt werden sollte; zuweilen nannte er mehrere Buchstaben, darunter den richtigen zuerst, zuletzt oder unter anderen; gelegentlich formte er Worte, in denen der vorgeschriebene Buchstabe den Anfang bildete (M: motium; U: umotumenta; W: Wixloz; F: Foxenta; P: Pototenti.) oder auch in der Mitte erschien: (Q: Equata; S: Quassia; P: Espe); am häufigsten wurde durch die ganze Untersuchung zerstreut ein Anhang gebraucht, der dem ganz im Beginn richtig gelesenen Y nachgebildet war. So wurde aus x zunächst ixilon, aus T: Tixilon, Q: Quiloxon, O: Oxoli, W: Wixylon, K: Kipsylon; aus I: Ixilinsa, E: Epsolon; im Uebrigen erfolgten Fehlreactionen im Sinne des Haftenbleibens in diesen Versuchen selten; bei den zweifellosen Fehlreactionen wurden beliebige Buchstaben genannt; öfter blieb die Reaction ganz aus.

Von Worten las er nur einmal „Gott“ richtig ab; auch seinen Namen schien er zu erkennen, auch wenn er ihm aus Druckbuchstaben zusammengesetzt vorgelegt wurde, ohne ihn aber ablesen zu können; andere Worte konnte er im Zusammenhang nicht lesen; liess man ihn buchstabiren, so kamen erheblich mehr Fehler zu Tage, als beim Nennen von Einzelbuchstaben. Der Versuch, ihn aufgeschriebene Dinge zeigen zu lassen, scheiterte; ein einziges Mal zeigte er, nachdem er Kameel K i g l buchstabirt hatte, richtig. Zahlenlesen gelang mit einziffrigen einigermaassen (12 richtig, 7 falsch); mehrziffrige gelangen mit einer Ausnahme nicht; er las die einzelnen Ziffern derselben wieder mit mehr Fehlern, als einstellige Zahlen.

Schreibversuche sind aus der ersten Zeit nicht protokollirt; nach einiger Zeit (April) machte er uns oft das Vergnügen, uns Recepte aufzuschreiben; er musste dazu allerdings durch Gesten aufgefordert werden; trat man mit Leidensmiene zu ihm und stellte ihm ein Stück Papier zur Verfügung, so schrieb er mit grosser Gewandtheit seine Verordnung ganz nach ärztlichem Brauche; zu oberst zuweilen das Datum, dann das nie fehlende Rp, die lateinische Formel mit Dosis, ein DS und die Art des Gebrauches, Namen des Patienten und seine Unterschrift; ein Theil ist in Folge der Flüchtigkeit der Schrift nicht zu entziffern, anderes ziemlich correct, z. B. Liqm amon. aust 25 Ugt hydr alb 12; die Fehler, die es zu entziffern gelingt, erweisen sich als geschriebene Paraphasie, so schreibt er einmal obenan als Datum d. 17. 16. Rp. Unter einem kühnen Strich beginnt dann das Recept selbst wieder mit Rp.

Das Sprachverständniss hat sich in der Folge gebessert, nicht in gleichem Maasse das Nachsprechen, wie folgende Wiederholung des Versuches sub V vom 3. Mai ergiebt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verlangt	Zeigt	Sagt:
Goldstück	+	Oldnitz.
Messer	+	+
Schlüssel	+	Schisto.
Portemonnaie	+	Adlmimener.
Uhr	+	die +.
Markstück	+	das erste Memertik.
Bleistift	+	hier ist Bleizeit.
Zündhölzer	+	Zinnteller.
Ring	+	Hier liegt auch der beste Linde, sagen Sie Ring: der Ind.

Die Aufgabe entspricht nicht eigentlich der des Nachsprechens (abgesehen von der letzten, Ring: Ind). Dass Patient dabei immerhin das Gehörte nachzusprechen vermochte, ergiebt der Vergleich mit dem unmittelbar angeschlossenen Versuche, ihn dieselben Gegenstände benennen zu lassen.

Gezeigt:	Benannt:
Ring	+
Ring	Rind.
Bleistift	Hadleriti, Strick.
Zündhölzer	Zund was, Hand hier, Streichdinter hier.
Portemonnaie	Etzelei, Ding e's Geld einzuräumen hier.
Portemonnaie	Ponding, Ding hier.
Uhr	das ist doch rund hier.
Uhr	Hanchuhr.
Markstück	Stückchen Gold.
Wie heisst es?	Gold.
Nein	Es ist wohl Selber alleweile.
Messer	+
Schlüssel	ein hübsches Messer, eine Art Schiert Hinger, wie 'ne Art Karte, wie 'ne Ente, die sie schneiden.
Goldstück	soll ich das mein nehmen, nehm's melten zu 3 Mittel.
Goldstück	Gold.

Der weitere Verlauf wurde leider protokollarisch nicht fixirt und die Aufnahme eines Schlussstatus wurde durch die unerwartete Abholung des Kranken vereitelt. Nach den laufenden Journaleinträgen hatte sich das Sprachverständniss schon im Juli so erheblich gebessert, dass er alles verstand, was man ihm sagte (?), während er ausser Stande blieb, sich auszudrücken. Ausdrücklich ist dort noch erwähnt, dass er anscheinend keinerlei Krankheitsgefühl besass; sein Verhalten wurde unter mannigfachen körperlichen Störungen (Erbrechen, Appetitmangel, dabei trotz gemischter Kost Abnahme, zeitweise völliges Schwinden des Zuckergehaltes im Urin), allmählich etwas stumpfer — apathisch.

Die Einreihung der Beobachtung unter die sensorische Aphasie dürfte keinem Bedenken unterliegen; es handelt sich um keinen ganz

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

frischen Fall: Der Kranke kam über zwei Monate nach dem acuten Beginn seiner Sprachstörung in Behandlung; dass diese — wenigstens quoad Sprachverständniss — sich allmälig besserte, geht sicher aus dem Vergleiche des letzten Untersuchungsprotokolles mit dem Anfangsbefunde hervor.

Es handelt sich also um ein Restitutionsstadium; auch wenn man die Notiz, dass er im Juli bereits „Alles verstand", lieber durch genaue Angaben ersetzt sähe, beweist sie jedenfalls, dass die Besserung weiter Stand gehalten hat; auf die ursprünglich geplante genaue Verfolgung des Rückbildungsprocesses musste ich aus äusseren Gründen verzichten. Für die genauere Analyse müssen wir uns an den genau aufgenommenen Befund halten.

Patient sprach reichlich und fliessend; die in Beobachtung I geschilderten motorischen Schwierigkeiten beim Nachsprechen fehlten hier durchaus, dagegen war sein Schatz an verständlichen Worten viel geringer. Die kleinen Redetheile standen ihm zwar zur Verfügung, auch die bekannten kurzen Phrasen; dagegen fehlen die wichtigen Redetheile fast ganz; demzufolge kann es auch bei ihm zur eigentlichen verbalen Paraphasie, der Wortverwechslung, nur ausnahmsweise (vgl. Linse — Augenwasser) kommen; sie entzieht sich zum Mindesten dem Nachweis, da nicht zu entscheiden ist, was er etwa zu sprechen intendirt hat. Er begnügt sich aber nicht mit der Bildung der gewöhnlichen Phrasen der sensorisch Aphasischen, sondern er producirt paraphasisch entstellte, zum grossen Theil direct als Jargon zu bezeichnende Buchstabencombinationen. Sie treten allerdings beim Nachsprechen schwerer Worte, demnächst beim Benennen am stärksten auf, sie finden sich aber auch beim Spontansprechen, z. B. bei seinen Zwischenbemerkungen, sehr reichlich (viel mehr, wie ich wiederhole, als sich in den Protokollen wiedergeben liess).

Diese Art paraphasischer Producte unterscheide den Fall einigermaassen von den gewöhnlichen Beispielen der sensorischen Aphasie; gleichwohl bestehen aber gegenüber dem geläufigen Bilde bei motorischen Läsionen noch grössere Differenzen; die bei der Besprechung des ersten Falles aufgezählten Formen litteraler Paraphasie, durch die sich das Bild dem der motorisch bedingten Paraphasie nähert, finden sich zwar auch hier, daneben aber, abgesehen von der grösseren Intensität all' dieser Störungen auch noch ein Plus von Symptomen, die dort nur angedeutet waren; die Neigung, unnöthige Silben anzuhängen resp. mehr Silben zu bilden, als das verlangte (vorgesprochene) enthielt: daher zum grossen Theil die Incongruenz, die zwischen Aufgabe und Resultat meist zu Tage tritt; man wird geneigt

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sein. diese Tendenz zu reichlicher Production mit den reichlicheren Sprachimpulsen in Verbindung zu bringen, die den sensorisch Aphasischen im Allgemeinen vor dem motorisch Aphasischen auszuzeichnen pflegen; sie macht sich auch in der Art und Weise des Lesens geltend; auch hier kommt es aber nicht zur Bildung sinnvoller Ergänzungen, sondern zu sinnlosen Buchstabenconglomeraten, wenn auch manche deutlich daran erinnerten, dass Patient einige Kenntnisse lateinischer Vocabeln erworben hatte.

Das Nachsprechen erfolgte, soweit das zu beurtheilen ist (siehe oben), wohl vorwiegend „auf Anhieb", nur gelegentlich wurde ein spontanes Nachsprechen (fragende Wiederholung einer Aufgabe u. Aehnl.) beobachtet; es war gleichwohl auf ganz leichte Aufgaben beschränkt; nur einsilbige Worte gelangen mit einiger Sicherheit, bei zweisilbigen scheiterte er häufiger, schon wenn sie geläufig waren, noch mehr, wenn es sich um etwas ungewöhnlichere (keineswegs noch um Fremdworte) handelte; bei einem Kranken, der, wie eben angeführt, nicht den Eindruck entstehen liess, dass er auf dem Wege über das Bewusstsein nachsprach, erscheint diese kaum durch Ausnahmen unterbrochene Differenz einigermaassen verwunderlich; ihre Deutung hätte sich zunächst rein auf hypothetischem Gebiete zu bewegen; nicht ganz so schlecht, wie weniger geläufige Worte, aber doch minder gut als geläufige Objectnamen gelangen auch ganz gebräuchliche Rufnamen; auch diese machen im Allgemeinen den amnestisch Aphasischen besondere Schwierigkeiten; wenn auch nicht so deutlich ausgesprochen wie in Beobachtung I, bestehen also auch hier, trotzdem der Kranke auf Anhieb nachzusprechen schien, gewisse Congruenzen zwischen dem, was er nicht nachsprechen konnte, und dem, was amnestisch Aphasische nicht zu finden pflegen.

Bei zweisilbigen Fremdworten, resp. sinnlosen Buchstabencombinationen einfachster Art versagt er, trotzdem ihm in Anbetracht seines „Berufes" derartige Bildungen nicht so ganz fremdartig klingen mochten.

Sein Nachsprechen muss also immerhin als recht schwer geschädigt bezeichnet werden; ich sehe hier von Fällen mit eigentlicher Echolalie ab, in denen man sich leicht überzeugen kann, dass nicht nur zweisilbige Fremdworte, sondern auch unarticulirte Laute oft geradezu virtuos nachgeahmt werden; auch in Fällen wirklich ungestörten Nachsprechens auf Geheiss beobachtet man gewöhnlich, dass zwei-, meist auch dreisilbige unverstandene Combinationen und längere geläufige Worte richtig zu Tage kommen.

Das Sprachverständniss ist schwer geschädigt; auffallender-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weise gelingt die Aufgabe, seine eigenen Körpertheile zu zeigen, besonders gut; sogar seltener genannte: Handgelenk, Ellbogen werden gezeigt; vielleicht bestand auch hier eine durch den Beruf zu erklärende Prädilection; auch das Verständniss kleiner Sätzchen erwies sich besser als auf Grund des Ergebnisses mit dem Bilderbuch nach den Erfahrungen bei anderen Kranken zu erwarten war; mit dem Bilderbuch misslingen 25 von 36 Reactionen.

Dass das Benennen noch schlechter gelang als das Zeigen, entspricht dem gewöhnlichen, aber keineswegs etwa ausnahmslos (cf. Beobachtung III) zu erwartenden Verhalten in diesen Fällen.

Für die Beurtheilung des quantitativen Verhältnisses zwischen der Störung der des Nachsprechens einer- der des Sprachverständnisses andererseits kommt in Betracht ein Vergleich der Ergebnisse sub. I und III, vor Allem aber die unter IV gewonnenen, weil hier die zweifache Aufgabe jeweils am gleichen Worte zu lösen war. Wenn in dieser Reihe unter 50 Aufgaben das Nachsprechen in 25, das Zeigen in 20 Fällen gelingt, so wird man bei der kleinen Zahl der Versuche an sich aus dieser geringen Differenz kaum auf eine besondere Begünstigung des Nachsprechens schliessen können; besonders bemerkenswerth sind die Fälle, in denen der Kranke zwar das Wort paraphasisch (nur einmal, dann aber spontan richtig) nach spricht, gleichwohl aber das Bild richtig zeigt und damit documentirt, dass er richtig verstanden hat.

Diese Feststellung entspricht einer früher (l. c. Beobachtung II) von mir referirten; sie beweist wieder, dass nicht in allen Fällen von sich bessernder sensorischer Aphasie und jedenfalls nicht in jedem Stadium derselben ohne Weiteres das Nachsprechen i. e. S. früher resp. besser restituirt wird als das Sprachverständniss.

Die Leseversuche ergaben als bemerkenswerthestes Ergebniss wieder die Neigung zur Hyperproduction; der Gegensatz zwischen leidlich gutem Lesen der Einzelbuchstaben und den sehr schlechten Resultaten beim Lesen von Worten musste doppelt befremden bei einem Kranken, dem das Lesen sicher eine nicht ungewohnte Beschäftigung war; selbst bei unbelesenen Kranken findet man gelegentlich ein umgekehrtes Verhalten. Dagegen darf seine relative Gewandtheit im Recepteschreiben — die auch zu der bis zuletzt schwer gestörten Spontansprache in auffallendem Gegensatze stand, wohl unbedenklich als eine ganz individuelle Besonderheit aufgefasst werden und verdient nur als Beispiel einer solchen einige Beachtung.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grösseres Interesse verdiente vielleicht die Indifferenz, mit welcher der immerhin componirte und ziemlich regsame Kranke der schweren Affection gegenüberstand; diese mangelnde „Selbstwahrnehmung der Herderkrankung", die zuerst von Anton[1]) eingehender gewürdigt wurde, stellt bei sensorisch Aphasischen mit leidlichem Allgemeinzustand sicher nicht die Regel dar: der viel geläufigere Typus, zum Mindesten nach dem Abklingen der acutesten Erscheinungen, ist der des mühsam um den Ausdruck ringenden und mit den Resultaten unzufriedenen, unter Umständen zum Ersatze gesticulirenden Kranken. Die mangelnde Einsicht für den Defect wird vielleicht für die Frage nach der Ausdehnung (vor allem der eventuellen Doppelseitigkeit) des Herdes heranzuziehen sein.

Zunächst bieten die Symptome unseres Falles keine genügenden Handhaben für eine genauere Localdiagnose; nicht einmal die eine Frage wird mit Sicherheit zu beantworten sein, ob die beiden aufeinanderfolgenden Erweichungen (um solche hat es sich wohl gehandelt) linksseitig, die erste nur in der Umgebung, die andere direct in der Wernicke'schen Stelle, localisirt waren, oder ob etwa erst eine linksseitige und dann eine rechtsseitige Schläfelappenaffection eingetreten war. Bevor auf Grund des klinischen Bildes einigermaassen gesicherte Schlüsse auf die anatomische Läsion möglich sind, wird erst die sehr wünschenswerthe Klärung der Frage nach den verschiedenen Verlaufsformen des Rückbildungsprocesses zu erfolgen haben und im Verein damit die endgiltige Entscheidung über den Antheil des rechten Schläfelappens an diesem Rückbildungsprocess.[2])

Die beiden mitgetheilten Fälle waren zunächst bestimmt, das Verhältniss zwischen Sprachverständniss und Nachsprechen zu illustriren; an zwei späteren soll wesentlich das Verhältniss des Nachsprechens zur Spontansprache, speciell zur Wortfindung untersucht werden.

Bevor ich dazu übergehe, füge ich auszugsweise einige Befunde über einen Fall ein, der in gewissem Sinne zwischen den anderen eine Mittelstellung einnimmt. Da es sich um einen rasch abklingenden Zu-

---

1) Anton, Ueber die Selbstwahrnehmung der Herderkrankungen des Gehirns. Arch. f. Psych. Bd. 32. S. 86.

2) Eine werthvolle Sammlung von Material zur Beantwortung dieser letzteren Frage findet sich in einer wenig bekannten Inaugural-Dissertation von Entzian. Ein Beitrag zur Lehre von der sensorischen Aphasie. Jena, 1899.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stand handelt, muss ich von der sonst angewandten systematischen Darstellung absehen und mich an die chronologische Reihenfolge halten.[1])

Beobachtung III.

H. Kl., 77 Jahre, aufgenommen 24. August 1904, entlassen 25. October 1904.

Anamnestisch wird nur berichtet, dass Patient „einen Schlaganfall gehabt".

Status praesens 25. August. Für sein Alter sehr rüstiger Herr; keine hemiplegischen Erscheinungen, dagegen rechtsseitige Hemiopie: Gegenstände, die von rechts her in's Gesichtsfeld eingeführt werden, werden erst beachtet, wenn sie in der Mittellinie anlangen.

Von Fragen und Aufforderungen, die an ihn gestellt werden, scheint er absolut nichts zu verstehen; er reagirt immer mit: ja, in der gleichen Weise zunächst auf das Vorzeigen von Gegenständen.

Durch Vorsagen von 1, 2, 3 und gleichzeitiges rhythmisches Bewegen seines Armes ist er zum Aufsagen der Zahlenreihe zu bringen, dies geht ohne Anstoss, bis er durch einen Hustenstoss unterbrochen bei 11 aus dem Concept geräth, auf Vorsagen von 11, 12 fährt er bis 20 fort. Zum Aufsagen der Monatsnamen ist er nicht zu bewegen, doch spricht er jeden einzeln vorgesprochenen Monatsnamen gut nach. Ebenso gelingt auch sonst das Nachsprechen von Buchstaben, Worten und Zahlen.

Aufgefordert, seinen Namen zu schreiben, producirt er diesen, Utrecht schreibt er auf Dictat nicht, schreibt es dann, als es vorgeschrieben wird, ab, ebenso einige zweistellige Zahlen richtig; statt anderer schreibt er falsche: 78 : 57; — 94 : 97, — 32 : 99; — statt Anna AM; dann versagt er; was ihm vorgeschrieben wird, scheint er nicht zu verstehen; statt Utrecht liest er etwas wie Nues; als ihm ein Zettel mit dem Worte „tafel" (Tisch) vorgelegt wird, sagt er fragend: „opzetten" (aufsetzen).

Nachmittags: Die Zahlen von 1—5 liest er zunächst der Reihe nach richtig, dann auch, wenn einzelne verlangt werden; ebenso zeigt er richtig die einzel vorgesprochenen. Aus einem Haufen Damsteine zählt er auf Verlangen Summen von 3—12 Stück richtig ab.

Von 60 Gegenständen, die er im Bilderbuche zeigen soll, zeigt er nur 11 richtig (Enten, Giesskanne, Schiff, Gans, Elephant, Kinderwagen, Uhr, Kameel, Hund [2mal], Ambos). Gelegentlich wiederholt er die Aufgabe in fragendem Tone richtig, um gleichwohl falsch zu zeigen, etwa ebenso oft wiederholt er beim Zeigen des richtigen Gegenstandes spontan die Frage paraphasisch entstellt.

Häufiger — auch häufiger als das Zeigen des verlangten Gegenstandes — geschieht es, dass er einen falschen Gegenstand zeigt, aber richtig benennt

1) Diese Beobachtung, ebenso wie die V., verdanke ich wieder dem freundlichen Entgegenkommen des Directors des städtischen Krankenhauses, Dr. Bosscha.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

resp. commentirt, oder suchend mehrere andere zeigt und richtig benennt. Ich lasse sie hier mit der Nummer, die die Reihenfolge angiebt, folgen:

Verlangt:	Zeigt:	Sagt:
3. Schuh	Photographengestell mit 3 Beinen	Er sitzt allein auf dem Driestapel (statt „Driestal" = Dreifuss).
8. Hammer	Halbmond	Halbes Gesicht.
10. Nagel	Hammer	Hier ist der Hammer.
16. Storch	Hirsch	das ist auch ein Kuhstorch[1]).
17. Trommel	Storch	Das ist ein Storch.
	Nach einigem vergeblichen Suchen: Das ist eine Trommel, zeigt +.	
18. Besen	Opernglas	das sind zwei, ein doppelter.
19. Laterne	Säbel	Das ist der Deigen (paraph.) und der Degen[2]).
Nach 22.	Das ist der Blockhobel (zeigt +).	
	Das ist der Baum (zeigt +).	
	Das ist das Meer den Weg entlang (zeigt das Wasser mit segelndem Schiff).	
25. Sense	Pferd	Das ist das Pferd.
29. Kerze	Säge	Das ist die Säge.
40. Kuh	Waldhorn	Horn (mit paraph. Zusatz).
45. Uhr	Wagen mit laufendem Pferd	Trabrennen.
50. Kamm	Spiegel	Spiegel (mit paraph. Zusatz).

Dabei kommt es wiederholt vor, dass er einen eben richtig benannten Gegenstand **nicht** zeigen kann, wenn er unmittelbar nachher verlangt wird.

26. August. Die Hemiopie lässt sich noch nachweisen.

Einfachste Aufforderungen werden fast ausnahmslos nicht richtig befolgt.

Zeigen Sie die Zunge!	Ja!
Geben Sie die Hand!	Ja! Nach einiger Zeit Ausstrecken der rechten Hand, sagt: die rechte Hand.
Geben Sie die linke Hand!	Zeigt rechte Hand.
Geben Sie die linke Hand!	Sagt: die rechte Hand, oh die linke Hand (zeigt sie).
Zeigen Sie die Zunge!	Setzt sich auf: „Die rechte Hand?" Zeigt beide Hände. „Die linke Hand?" u. s. w.

Zweistellige geschriebene Zahlen liest er nur ausnahmsweise richtig; kurze geschriebene Worte buchstabirt er zunächst falsch, dann richtig und liest sie dann zusammenhängend, scheint aber nur eines (Hoofd = Kopf) zu verstehen, zeigt an seinen Kopf.

Von gross gedruckten Annoncen liest er einzelne (bis viersilbige) Worte richtig, gelegentlich aber Paraphasie (International: Intrenatitition).

---

1) Die Bezeichnung des Hirsches als Kuh finde ich hier sehr häufig — nicht nur bei Aphasischen.

2) Im Holl. gleichlautend.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von acht verlangten Gegenständen des täglichen Gebrauches zeigt er drei richtig, dabei jedesmal die Bezeichnung spontan wiederholend (das ist ein . . .); von 13 gezeigten benennt er 6 richtig oder ganz leicht paraphasisch entstellt: sleuter statt sleutel (Schlüssel).

Spontan kommen gelegentlich ganz untadelige Sätze zu Tage, so beim Lesen: „Ja ich habe meine Brille nicht bei mir.“ Es besteht kein Rededrang. Patient ist gut fixierbar.

Ueber seine Ausdrucksweise orientirt das Ergebniss der Untersuchung mit den Bildchenserien[1]).

Lampe: I. Ständer. II. Auch wieder. III. Auch wieder ein Ständer. IV. Das auch wieder.

Kirche: I. Leuchter. II. Ja auch ein Thurm. III. Auch wieder ein Haus von der Seite. IV. Das auch, ja ein Haus. V. Das ist auch wieder ein Haus, drittes Haus (zählt die drei Fenster). VI. Wieder ein anderes Haus (zeigt die drei Fenster), drei Häuser. VII. Das ist wieder anders.

Schiebekarre: I. Da ein Rand, von verschiedenen drei. II. Das ist auch anders, ein rundes Traject. III. Ja das ist gerade anders herum. IV. Sieh' mal, das auch wieder (Was verändert?): Das (zeigt das Rad!) ist dicker. V. Das ist stärker, das Rad ist mehr rund, gerade anders herum u. s. w.

Unverständliche paraphasische Producte kamen bei dieser Untersuchung — nicht sehr zahlreich — vor; häufiger machte sich, wie auch in dem angeführten Bruchstück, verbale Paraphasie in der Form des Haftenbleibens geltend.

29. August. Benennen und Zeigen ergeben ungefähr gleiche Verhältnisse wie vorher.

Auch die einfachsten Fragen scheint er nicht zu verstehen; nach einer Reihe solcher meint er spontan: „Ich muss für mich nachdenken“.

3. September. Sprachverständniss noch kaum gebessert; dagegen gelingt die folgende Prüfung:

Gefragt:	Antwort:
$2 \times 2 = ?$	—
$2 \times 2 = 4$	$2 \times 2 = 4$
$3 \times 3 = ?$	$3 \times 3 = 9$
$3 \times 8 = ?$	$3 \times 8?\ 3 \times 8 = 24$
$3 \times 7 = ?$	$3 \times 7?$
$8 \times 8 = ?$	$8 \times 8?\ 8 \times 8 = 69$
$8 \times 9 = ?$	$8 \times 9 = 72$
$9 \times 7 = ?$	9×7 ist das nicht 79.
$5 \times 8 = ?$	Ja, an die „tiefen Worte“ ist man nicht so gewöhnt.

1) Vergl. Monatsschr. f. Psych. XVII. Tafel III und IV.

Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

7. September. Heute misslingt der Einmaleinsversuch, nur auf 8×6 producirt er: $3 \times 6 = 18$.

9. September. Sprachverständniss etwas gebessert; auf die Frage: Können Sie das Bein aufheben? sagt er, ein Bischen in die Höhe; er zeigt, nachdem er die Aufforderung wiederholt hat, die Nase, anderes bleibt unverstanden.

Das Nachsprechen gelingt meist für Worte und Zahlen, auch Buchstabennamen des griechischen Alphabetes kommen zu Tage, wenn Patient überhaupt zum Nachsprechen i. e. S. zu veranlassen ist, oft glaubt er auf das Vorgesprochene antworten zu müssen. Spontanes (fragendes) Nachsprechen und echolalische Wiederholung des Endes von Fragen sind fast häufiger, als das Nachsprechen auf Geheiss.

In der Folge bessern sich Sprachverständniss und Spontansprache beide ziemlich gleichmässig. Am 20. September gelingt schon folgende Unterhaltung:

Welcher Monat ist jetzt? Dieser Monat, ich weiss nicht, welchen Tag wir haben, ich glaube, dass wir folgenden Monat am Ende sind, Neujahr.

Ist es warm oder kalt? Morgens und Abends kalt.

Im Bezeichnen von Gegenständen bestehen noch Lücken, es stehen ihm aber reichliche Ausdrücke für die bekannten Umschreibungen zu Gebote.

Die noch bestehenden Schwierigkeiten in der sprachlichen Verständigung ist er geneigt, auf eine thatsächlich nicht bestehende Hörstörung zurückzuführen: „ich bin etwas schwerhörig“. Im Uebrigen verfolgt er mit Interesse und Dankbarkeit für Gottes Hülfe die Besserung des Zustandes.

Bei einer klinischen Demonstration, kurz vor der Entlassung (24. October), folgender Befund:

Aufforderungen (auch etwas schwierigere: linke Hand an rechtes Ohr, linke Hand an rechte Zehen) werden zum Theil gut befolgt. Das Raten scheint aber dabei eine ziemliche Rolle zu spielen; wird unerwartet auf ein ganz anderes Thema übergegangen, so erfolgen besonders viele Fehler, nicht eigentlich im Sinne des Haftenbleibens, sondern in Folge falschen Ratens im Anschlusse an Aufgaben, wie die eben genannten: (Wo ist das Bilderbuch? Zeigt das linke Ohr. — Geben Sie das Kopfkissen! Fragt: „das rechte oder das linke“).

Von 8 einfacheren Abbildungen weiss er nur 3 auf Verlangen zu zeigen (Kameel, Schlüssel und Hahn).

8 gezeigte Gegenstände (Bleistift, Ring, Portemonnaie, 10 Ct.-Stück, Ct.-Stück, Thaler, Zehnguldenstück, Zehnguldennote: benennt er alle richtig, wenn auch umschreibend (Zehnguldenstück: das hat eine bessere Farbe an sich, 10 Gulden); gelegentlich macht er wohlgesetzte Zwischenbemerkungen: Ja, Sie haben einen Haufen Geld u. Aehnl.

Nachsprechen gelingt bei bekannten nicht zu langen Worten; bei längeren und ihm fremdartigen kommt es zu paraphasischen Verunstaltungen; 2stellige Zahlen gelingen sicher, 3stellige theilweise. Die Zahlenreihe geht gut; die Monate werden mit Auslassung von zweien aufgesagt.

Aufgaben aus dem kleinen Einmaleins werden in der früher wieder-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gegebenen Weise ziemlich gut beantwortet; einmal sagt er 7×8, das weiss ich nicht; auch einfache Aufgaben aus dem grossen Einmaleins misslingen.

Das Vorlesen (Snellen'sche Proben) geht bei bekannten Worten gut, bei selteneren Paraphasien.

Aufgefordert, etwas an die Tafel zu schreiben, schreibt er seinen Vor- und Zunamen. Auf Dictat schreibt er correct: Ik ben ziek (ich bin krank), darauf statt Amsterdamsche straatweg: Amstermenziek. Nachschreiben gelingt, auch wenn Patient paraphasisch abgelesen. Dictirte zweistellige Zahlen schreibt er gut, mehrstellige mit falschen Ziffern (aber entsprechend viel Stellen).

Der psychische Gesammtzustand des Kranken war in Anbetracht seines Alters sehr gut; Beweis dafür, dass er in der letzten Zeit einmal eifrig mit Papier, Bleistift und Zirkel hantirend angetroffen wurde: das Papier vollgeschrieben mit Zahlen; er hoffte, uns so die Construction einer Windmühle klar machen zu können; sein Sprachvermögen reichte dazu allerdings nicht aus. Seine Auffassung optischer Eindrücke liess, wie schon die Benennungsaufgaben zeigen, nichts zu wünschen übrig; eine Windmühle mit falsch gestellten Flügeln verwarf er sofort und suchte uns mit Worten und Gesten zu belehren, dass sie gerade verkehrt laufen würde.

Patient musste auf Wunsch der Angehörigen entlassen werden.

Die Beobachtung wäre klinisch unter die „transcorticale sensorische Aphasie" zu rubriciren. Das Hauptsymptom derselben: Reduction des Sprachverständnisses bei erhaltenem Nachsprechen war unverkennbar. Immerhin mag erwähnt werden, dass nicht nur das einfache Nachsprechen auf Geheiss, das zuletzt infolge Missverstehens der Aufgabe sogar öfter misslang, erhalten war, sondern auch das „fragende Nachsprechen". Man wird demselben auf Grund der bekannten Pick'schen Erörterungen[1]) wohl einen Platz zwischen dem Nachsprechen „auf Anhieb" und dem spontanen Nachsprechen im engeren Sinne anzuweisen haben, für welch' letzteres Beobachtung I ein Beispiel geliefert hatte. Man wird annehmen dürfen, dass hier zum Mindesten „die Worte als solche" gehört, aber doch nicht verstanden werden.

Aus dem gut erhaltenen Nachsprechen erklärt sich wohl auch die Fähigkeit des Kranken zur Lösung einfacher Einmaleins-Aufgaben. Thatsächlich handelt es sich — sicher im Anfang — nicht um Lösung einer Aufgabe, sondern um eine Combination von Nachsprechen und Reihenleistung. Patient spricht die Aufgabe nach und fährt dann in der so angeregten Reihe fort. (In anderen Fällen beobachtet man, dass die Kranken, nachdem die Aufgabe gesagt, ohne Nachsprechen mit dem Resultat „einfallen", um wieder einen Terminus aus der Musik zu

1) Pick, Studien zur Lehre v. Sprachverständniss. Beiträge u. s. w. S. 15 ff.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gebrauchen; die Differenz ist theoretisch nicht ohne Belang). Auch über diese automatische Leistung hinaus war Patient übrigens zu einigen „rechnerischen" Leistungen fähig; er kann mit den Zahlen wenigstens bis 12 hantieren, entsprechend viel Einheiten abzählen; vor allem aber versteht er diese Zahlen, wenn er sie hört, schon im Beginn; ich werde auf diese Besonderheit zurückzukommen haben.

Zwischen Nachsprechen und Reihensprechen bestehen auch sonst Beziehungen. Ich glaube zwar daran festhalten zu dürfen, dass das Reihensprechen als Eigenleistung des motorischen Sprachcentrums erfolgen kann und in den reinsten Fällen auch thatsächlich erfolgt; ich habe aber den Eindruck gewonnen, dass es (abgesehen von der Erleichterung des Nachweises) am sichersten da von statten geht, wo auch das Nachsprechen am besten erfolgt. (Vgl. diese Beobachtung mit Beobachtung II.) Eine theoretische Erklärung wäre unschwer zu geben: man kann sich denken, dass das motorische Centrum sicherer arbeitet, wenn ihm auch noch geregelte Impulse aus dem sensorischen zufliessen, wenn also das gesammte Sprachfeld mitwirkt. Im Uebrigen ist, wie ich anfügen möchte, das Ergebniss des Reihenversuches nur bei positivem Ausfall von Werth; ein negatives Ergebniss kann durch zahlreiche Momente veranlasst sein, vor Allem durch das oft beobachtete Widerstreben der Patienten gegen das automatische Ableiern. Gerade, wo noch einigermaassen reichliche, aber doch nicht intacte Verbindungen des motorischen mit den übrigen Centren bestehen, muss es bei einem nicht rein motorischen Aufsagen zur Verwirrung kommen (gerade so wie bei manchen Actionen Asymbolischer).

Ueber das Verhalten der Spontansprache, speciell der Wortfindung bei der transcorticalen sensorischen Aphasie besteht keine Einhelligkeit — entsprechend der unsicheren Stellung, welche die Form überhaupt noch einnimmt: Pick, der sich besonders eingehend mit der transcorticalen sensorischen Aphasie beschäftigt hat, scheint der Ansicht zuzuneigen, dass den reinen Fällen ein „reicher Wortschatz" eigen sei.[1]) Wo er reducirt ist, glaubt er, namentlich auf Grund des viel citierten, vielgedeuteten und vieldeutigen Heubner'schen Falles auf eine Mitbetheiligung der Broca'schen Stelle schliessen zu dürfen. Es ist nicht ganz leicht, sich — abgesehen von der Auffassuug und Erklärung — auch nur über das rein Thatsächliche ein Urtheil aus den litterarischen Mittheilungen zu formen, da die Art des erhaltenen Wortschatzes — und auf diese käme es zunächst an — meist nicht genau genug beschrieben ist; gingen doch sogar die Auffassungen über den

1) l. c. S. 32.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wortreichthum bei dem geläufigen Bilde der sensorischen Aphasie soweit auseinander, dass Wernicke selbst ursprünglich von „Erhaltung des Wortschatzes mit Paraphasie" sprach, während Freud[1]) meines Erachtens mit Recht dafür „Wortverarmung bei reichlichen Sprachimpulsen" zu setzen vorschlug.

Die gegenwärtig bevorzugte, auch von Pick im Wesentlichen acceptirte Auffassung der transcorticalen sensorischen Aphasie geht nun dahin, dass sie einen leichteren Grad, eine Art Abortivform der gewöhnlichen Wernicke'schen Aphasie darstelle. Auch ich war nicht ganz abgeneigt, diese Auffassung der transcorticalen sensorischen Aphasie zu acceptiren. Zum Mindesten glaubte ich, gegen eine derartige Annahme nicht die gleichen grundsätzlichen Bedenken erheben zu müssen, wie gegen die analoge Auffassung der transcorticalen motorischen Form als einer nicht totalen, sei es nicht ganz ausgebildeten, sei es im Ablaufe befindlichen, motorischen Aphasie.

Legte man zunächst diese Auffassung zu Grunde, so wären die Erfahrungen über das Verhältniss von „Wortfindung" (die hier zunächst in Betracht kommt) und Wortsinnverständniss, die in den Ablaufstadien der sensorischen Aphasie gesammelt wurden, ohne Weiteres auch auf die — damit ja zu identificirende — transcorticale sensorische Form zu übertragen. Für die übergrosse Mehrzahl der Fälle sich restituirender Fälle Wernicke'scher Aphasie gilt nun ziemlich allgemein die Annahme, dass das Sprachverständniss sich rascher und besser restituirt als die Wortfindung, wie auch umgekehrt bei langsam sich entwickelnden Processen im Schläfelappen (Tumoren, Abscesse) die Erschwerung der Wortfindung und eventuell die Paraphasie zunächst aufzutreten pflege; ganz kürzlich noch hat Knapp[2]) den auch praktisch nicht unwichtigen und mit den Erfahrungen der Otiater bei Schläfelappenabscessen übereinstimmenden Satz formulirt: „Dasjenige Symptom, welches als feinstes Reagens auf eine Schädigung der Wernicke'schen Stelle erscheint, ist die Paraphasie" (also nicht die Beeinträchtigung des Wortverständnisses!). Die Versuche, eine Erklärung für diese ziemlich allgemein anerkannte Begünstigung des Wortsinnverständnisses gegenüber der Wortfindung zu liefern, haben bereits eine kleine Literatur gezeitigt.

Unsere letzte Beobachtung (III) macht nun eine Ausnahme von der allgemeinen Regel. Trotz erhaltenen Nachsprechens ist die Wortfindung weniger geschädigt als das Wortverständniss (das Satzverständniss

---

1) Freud, Zur Auffassung der Aphasien, 1891. S. 24.

2) Knapp, Die Geschwülste des rechten und linken Schläfelappens. Wiesbaden. 1905. S. 14.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schien wenigstens am Schlusse hier besser als das reine Wortverständniss); die Begünstigung der Wortfindung (Begünstigung jedenfalls im Vergleiche mit dem meist beobachteten Verhalten) war während der ganzen Beobachtungszeit zu verfolgen.

Die daraus zu ziehende Schlussfolgerung kann eine doppelte sein:

entweder ist die Auffassung der transcorticalen sensorischen Aphasie als Rückbildungsstadium der Wernicke'schen Form aufzugeben,

oder, und diese Annahme scheint mir nach Maassgabe anderer Beobachtungen (vergl. II und frühere Beobachtung II) noch näherliegend, die Rückbildung der sensorischen Aphasie kann sich unter variablen Bildern vollziehen.

Im Grunde sind diese beiden Auffassungen, wie später zu erörtern, mehr terminologisch als sachlich verschieden, jedenfalls aber ergiebt sich, dass die zahlreichen möglichen Symptomencombinationen, die wir hier zum Theile kennen gelernt haben und die sich voraussichtlich bei eingehenderer Prüfung noch weiter mehren werden, nicht einheitlich als gesetzmässig aufeinanderfolgende Stadien derjenigen Störung aufgefasst werden können, die sich uns zunächst unter dem Bilde der Wernicke'schen Aphasie darstellt. Will man nicht ganz willkürlich auch hier von individuellen Eigenthümlichkeiten sprechen, so wird man immer wieder auf Differenzen der feineren Localisation zu verweisen haben. Die typische Wernicke'sche Aphasie, die unter Umständen dem Bilde beispielsweise der transcorticalen Form oft vorhergeht, beweist ja an sich keineswegs die Localisation in der Wernicke'schen Stelle; mit demselben Rechte, mit dem angenommen wird, dass eine partiell geschädigte Wernicke'sche Stelle nach einiger Zeit entsprechend dem Maasse restirenden Gewebes noch functionirt, liesse sich annehmen, dass eine zunächst durch Fernwirkung geschädigte Wernicke'sche Stelle nach dem Aufhören der Fernwirkungen ihre Eigenfunction wieder vollständig übernimmt; die restirenden klinischen Erscheinungen wären dann als der Ausdruck einer ausserhalb der Wernicke'schen Stelle localisirten Schädigung zu erachten. Die Frage ist der Lösung durch anatomische Untersuchung in besonders geeigneten Fällen nicht unzugänglich, wenn auch unsere dermaligen Kenntnisse dazu noch entfernt nicht ausreichen. Fälle mit multiplen Herden und verbreiteten Atrophien haben hier wegen ihrer Vieldeutigkeit von vornherein auszuscheiden. Ganz analoge Erwägungen hatte ich vor Kurzem[1]) bezüglich der motorischen Formen anzustellen, bei denen ja in vieler Hinsicht analoge Verhältnisse vorliegen.

1) Ueber Agrammatismus und die Störung der inneren Sprache. Archiv f. Psych. Bd. 41. S. 673.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unser Fall — ohne Sectionsbefund und fast ohne Anamnese — erlaubt immerhin noch die folgende Ueberlegung bezüglich der Localisation: Die sehr rasche Rückbildung spricht dafür, dass es sich um einen frischen Fall gehandelt hat, der anamnestisch berichtete Schlaganfall muss also vor Kurzem stattgehabt haben; das Fehlen von Allgemeinerscheinungen spricht unter dieser Voraussetzung für einen kleineren Herd; dann darf aber die anfänglich beobachtete hemiopische Störung für die Localdiagnose mit berücksichtigt werden und es ergäbe sich mit aller Vorsicht der Wahrscheinlichkeitsschluss, dass die Läsion etwa, wie so häufig, die Gegend des Gyrus angularis einnimmt. Die Wernicke'sche Stelle und das eigentliche Sprachfeld wären dann frei; vielleicht hängt damit auch das auffallend gute Satzverständniss bei immer noch recht erheblich geschädigtem Wortverständniss zusammen?

Die relative Begünstigung der Wortfindung erscheint gerade angesichts der anfänglichen Hemiopie auffallend; fast noch überraschender ist das Vermögen, zu lesen, speciell auch einzelne Buchstaben zu lesen; theoretische Ueberlegungen würden die Annahme nahelegen, dass gerade diese Functionen besonders stark gelitten haben würden; die thatsächlichen Beobachtungen von sogenannter optischer Aphasie resp. subcorticaler Alexie bei Scheitellappenherden müssen auch von dem anerkannt werden, der sich gleich uns mit der Annahme eines Lese- geschweige denn eines Benennungscentrums absolut nicht befreunden kann; dass allerdings weder die eine noch die andere dieser beiden Störungen bei entsprechender grober Localisation obligat ist, dass insbesondere der Grad der beiden Schädigungen keineswegs einander parallel zu gehen braucht, darauf hat schon vor einiger Zeit Quensel[1]), neuerdings v. Niessl[2]) hingewiesen.

1) Quensel, Zur Pathologie der amnestischen Aphasie. Neurol. Centralblatt. 1903. No. 23.

2) Niessl von Mayendorf, Ein Abscess im linken Schläfelappen. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. 1905. S. 384.

(Schluss im nächsten Heft.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

VI.

Die periodische Paranoia.

Eine kritische Studie zur Paranoiafrage.

Von

Dr. **Boege,**

Assistenzarzt der Irrenanstalt Owinsk.

An der Hand der Lehren Kraepelin's bin ich in die Psychiatrie eingeführt worden, und seine Auffassung der Paranoia habe ich mir angeeignet. Wenn ich auch sehr bald die Meinungen anderer Autoren kennen lernte und mich mit ihnen abfinden musste, so sind mir bisher doch nie ernste Bedenken gekommen, die mich gezwungen hätten, den Kraepelin'schen Standpunkt aufzugeben.

Kraepelin kennt nur eine chronische Paranoia. Selbst wenn ich demgegenüber bereit bin, die Möglichkeit einer acuten Paranoia zuzugeben und darunter eine Krankheit zu verstehen, die sich durch nichts von der chronischen Paranoia als durch den acuten Verlauf unterscheiden soll, so habe ich doch bisher weder eine acute noch eine periodische Paranoia gesehen und auch nicht gehört, dass an den Anstalten, an denen ich gewesen bin, in der letzten Zeit einmal die Diagnose gestellt worden ist. Um so bereitwilliger habe ich stets die Angaben, die sich in der Literatur vereinzelt über periodische Paranoia finden, mit des Meisters Worten abgethan, die betreffenden Erkrankungen gehörten unter andere Krankheitsformen. Schliesslich musste ich mir jedoch darüber klar werden, dass die Frage mit dieser allgemeinen Abweisung nicht entschieden ist, dass man sich vielmehr nur dann zufrieden geben könne, wenn jeder bisher als periodische Paranoia veröffentlichte Fall genau nachgeprüft und wenn möglich unter einer anderen Krankheitsform untergebracht würde. Ein derartiger Versuch ist meines Wissens bisher nicht angestellt worden, und so habe ich mich im Folgenden der Aufgabe unterzogen.

Generated on 2019-02-17 16:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Wohl kein Krankheitsbild ist in den letzten Jahren mehr umstritten worden als das der Paranoia. Im Vergleich zu dem grossen Interesse, das sich der Paranoia im Allgemeinen zugewandt hat, haben sich allerdings nur wenige Autoren mit der sogenannten periodischen Paranoia beschäftigt, wohl aus dem einfachen Grunde, weil nur Wenige in der Lage waren, einschlägige Krankenbeobachtungen zu machen. Während die Diagnose Paranoia, sei es acuta oder chronica, hallucinatoria oder simplex an einzelnen Anstalten in 50, 60 und in mehr vom Hundert der einfachen Seelenstörungen gestellt wurde und sich demgemäss Freunde wie Gegner des „Paranoiatopfes" immer wieder von Neuem gezwungen sahen, ihren Standpunkt in der Paranoiafrage zu präcisiren, haben auch die Anhänger der alten Paranoialehre nur wenige Fälle gesehen, in denen sie die Diagnose einer periodischen Paranoia für berechtigt hielten. Alle als periodische Paranoia veröffentlichten Krankheitsgeschichten sind in dieser Arbeit zusammengestellt worden. Ebenso wie die Casuistik ist auch die Literatur über periodische Paranoia nicht sehr umfangreich. Das Literaturverzeichniss am Ende der Arbeit darf, glaube ich, auf Vollständigkeit Anspruch erheben.

Während die Kenntniss der periodischen Psychosen überhaupt in das 18. Jahrhundert zurückreicht,[1]) beginnt die Geschichte der periodischen Paranoia erst mit dem Jahre 1887. In einem Vortrage im psychiatrischen Verein zu Berlin stellte Mendel[2]) (1) die These auf, neben den drei bis dahin bekannten periodischen Psychosen (Mania periodica, Melancholia periodica und Delirium hallucinatorium periodicum) gebe es eine vierte, über deren Bezeichnung als Paranoia periodica kein Zweifel sein könne. Ihm haben sich in der Folge andere Autoren angeschlossen. Einen weiteren Fall von periodischer hallucinatorischer Paranoia veröffentlichte Kausch (3), zwei Fälle von recidivirendem Beachtungswahn publicirte Friedmann (4), Greidenberg (5) sprach von recurrirender acuter Verrücktheit oder recurrirender acuter Paranoia und belegte seine Behauptungen mit 7 Krankheitsgeschichten; Gianelli (6) wiederum sprach von periodischer acuter Paranoia. Im Jahre 1898 erweiterte dann Ziehen (7) die Lehre von der periodischen

1) Medicus, „Geschichte der periodischen Krankheiten". Karlsruhe. 1764. Citirt nach Kirn: „Die periodischen Psychosen". Stuttgart. 1878. Seite 3. Dass schon einzelne ältere Autoren periodische Psychosen beobachtet haben, will ich nicht bestreiten. — Pilcz (10) führt in seiner Monographie Belege an. — Doch scheint mir der Beweis noch keineswegs erbracht, dass diese Autoren die betreffenden Krankheitsfälle in ihrer periodischen Eigenart wirklich erkannt und aufgefasst haben.

2) Die Ziffern gehen auf das Literaturverzeichniss am Ende der Arbeit.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Paranoia, indem er ganz im Gedankengange seiner sonstigen Paranoialehre auch bei der periodischen Paranoia eine einfache und eine hallucinatorische Form unterschieden wissen wollte. Neben der hallucinatorischen Form, die nicht selten vorkomme, vielfach mit der periodischen Manie zusammengeworfen werde, von dieser aber dadurch zu unterscheiden sei, dass Hallucinationen ihr Hauptsymptom seien, komme noch eine vierte Form periodischer Psychosen vor: die periodische acute einfache Paranoia, die dadurch ausgezeichnet sei, dass „primäre nicht aus Hallucinationen hervorgegangene Wahnvorstellungen das einzige Hauptsymptom bildeten". Waren die bis dahin veröffentlichten Fälle[1]) zur hallucinatorischen Form zu rechnen, so publicirte Ziehen den ersten Fall periodischer einfacher Paranoia. Weitere Fälle der einfachen Form sind dann von Bechterew (8), Gierlich (14) und Mönkemöller (15) bekannt gegeben worden. Skierlo (9) wiederum brachte einen Fall periodischer hallucinatorischer Paranoia, desgleichen in jüngster Zeit Seiffer (16).

Endlich hat Bleuler vor wenigen Jahren über periodischen Wahnsinn geschrieben. Nun haben allerdings die verschiedenen Autoren zu verschiedenen Zeiten unter Wahnsinn nicht immer dasselbe Krankheitsbild verstanden. Bleuler, der nahe Beziehungen zur Heidelberger Schule hat, scheidet Wahnsinn und Paranoia natürlich scharf von einander, in ähnlicher Weise, wie es Kraepelin noch in der 3. Auflage seines Lehrbuches gethan hat. Die alte Paranoiaschule (Mendel, Werner, Ziehen u. s. f.) dagegen subsummirt den Wahnsinn und die enger gefasste Verrücktheit unter ihren recht weiten Begriff der Paranoia. Da jedoch die periodische Paranoia von Anhängern der alten Paranoialehre zuerst beschrieben ist und diese dem Wahnsinn als besonderem Krankheitsbild die Berechtigung abspricht, ihn zum grossen Theil in der Paranoia aufgehen lässt, so erscheint es mir geboten, in die Besprechung der periodischen Paranoia auch den periodischen Wahnsinn Bleuler's hineinzuziehen, unbeschadet natürlich etwaiger Schlussfolgerungen über Aetiologie und Nosologie beider Krankheiten. Aus der gleichen Ueberlegung heraus und mit der gleichen Einschränkung wird auch der periodische Wahnsinn mit zu besprechen sein, den Krafft-Ebing in seinem Lehrbuch beschrieben hat. Dass dieser Autor dahin ganz ähnliche Krankheitsbilder rechnet, wie die es sind, die Mendel Anlass zur Aufstellung einer periodischen Paranoia gegeben haben, geht schon daraus hervor, dass von Krafft-Ebing selbst die von Mendel auf

1) Mit Ausnahme wohl der Fälle Friedmann's. D. Verf.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Namen „periodische Paranoia“ getauften Fälle ausdrücklich als periodischer Wahnsinn bezeichnet werden (17).

In den Hand- und Lehrbüchern finden sich nur wenig Angaben über periodische Paranoia. Ich habe die gebräuchlichsten Lehrbücher noch einmal speciell darauf durchgesehen, habe aber nur in dem Ziehen'schen und in dem von Binswanger-Siemerling[1]) herausgegebenen positive Angaben finden können. Auf Ziehen, der ja selbst bei der Prägung des Begriffs periodische Paranoia mitgewirkt hat komme ich später noch ausführlich zu sprechen. Siemerling schreibt in dem Abschnitte „Paranoia acuta“: „In einzelnen Eällen kommt es zu einer periodischen Wiederholung der Anfälle“ und ein paar Zeilen weiter: „Die Erkrankung wiederholt sich in periodischen Anfällen, ein verhältnissmässig seltenes Vorkommniss.“

Etwas ausführlicher nimmt Pilcz (10) in seiner Monographie über die periodischen Geistesstörungen zur periodischen Paranoia Stellung. Er spricht ven periodisch auftretenden „eigenartigen Zustandsbildern, die durch primäre Wahnbildung gekennzeichnet sind, bei völlig klarem Sensorium, Fehlen oder nur dem Inhalt der Wahnideen entsprechenden secundär bedingten Stimmungsanomalien.“ Die Benennung „periodische Paranoia“, meint er, sei gewiss anfechtbar. „Nachdem wir aber auch bei den übrigen Formen der periodischen Geistesstörungen zur schnellen Charakterisirung der Symptomatologie Namen wählen, welche der Nomenklatur der nicht periodischen Psychosen entlehnt sind, glaube ich, dass gegen die Bezeichnung periodische Paranoia schliesslich nichts einzuwenden ist, wenn man sich dessen nur bewusst ist, dass die fragliche Krankheit, durch das Beiwort „periodisch“ ohnehin genügend gekennzeichnet, mit der echten Paranoia eben nichts anders gemein hat, als das eine wesentliche Symptom der primären Wahnbildung. Eine weitere Unterscheidung jedoch in Paranoia periodica hallucinatoria und Paranoia periodica simplex erscheint mir weniger gerechtfertigt, nachdem doch auch bei der wirklichen Paranoia das Fehlen oder Vorhandensein von Sinnestäuschungen nicht ein Kriterium einer Eintheilung bildet. Wo nun gar nur Hallucinationen auf den verschiedensten Sinnesgebieten und ohne Systemisirung der Wahnideen periodisch auftreten, da möchte ich überhaupt lieber den Terminus „Paranoia“ garnicht verwenden; für derartige Fälle (Ziehen: Paranoia periodica acuta hallucinatoria) passt doch wohl eher die Bezeichnung „periodische Amentia.“

---

1) O. Binswanger und E. Siemerling. Lehrbuch der Psychiatrie. Jena 1904.

Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Erwähnenswert ist, dass Pilcz selbst keinen Fall periodischer Paranoia gesehen hat. Als Beispiel führt er den von Ziehen (7) an, den auch ich als solche anerkenne. Gleichfalls dazu scheint er aber auch die Fälle von Mendel, Meschede[1]), Gianelli, Kausch und Bechterew zu rechnen, die ich, abgesehen von dem mir unbekannten Gianelli'schen, nicht zur Paranoia zu rechnen vermag.

Derartige periodisch auftretende, sagen wir durch Wahnbildung charakterisirte Psychosen haben natürlich ausser den genannten Autoren und denen, die sich ihnen anschliessen, auch andere beobachtet, nur haben sie sie nicht zur Paranoia gerechnet, sondern anderweitig untergebracht, als periodischen Wahnsinn, als periodische Manie, als manisch depressives Irresein bezeichnet. Das liegt offenbar nicht daran, dass sie anders beobachtet haben, sondern nur daran, dass sie den Paranoiabegriff anders umgrenzen. Die extremste Stellung nimmt Kraepelin ein. Er leugnet die Existenz einer periodischen Paranoia ebenso wie die einer acuten: „Sprach man doch ganz harmlos von periodischer Paranoia", schreibt er in seinem Lehrbuch. Und auf der Versammlung bayrischer Psychiater im Jahre 1905[2]) hat er diesen Satz dahin ergänzt, dass die sogenannte periodische Paranoia meist dem manisch-depressiven Irresein, hie und da vielleicht auch einmal der Dementia praecox oder dem Alcoholismus angehöre.

Die Ansichten über periodische Paranoia stehen also schroff einander gegenüber.

Es ist nicht möglich, zur periodischen Paranoia Stellung zu nehmen, ohne sich zur Paranoia überhaupt zu äussern. Zwei Extreme streiten miteinander. Beide Anschauungen haben sich aus dem Griesinger-Westphal'schen Paranoiabegriff entwickelt. An der Entwicklung nach der einen Richtung haben namentlich Mendel, Werner und Ziehen gearbeitet. Von einzelnen Irrenärzten wird thatsächlich, wie Köppen[3]) treffend sagt, der Begriff Paranoia auf alle Krankheiten mit intellectuellen Störungen (d. h. vornehmlich Sinnestäuschungen und Wahnideen) ausgedehnt, die nicht gleich Demenz bedeuten. Die Folge davon ist, dass die Diagnose Paranoia von ihnen in der Mehrzahl der aufgenommenen einfachen Seelenstörungen gestellt wird. Um in diese Menge von Paranoien nun wenigstens einigermaassen Ordnung zu bringen,

1) Meschede „Paranoia periodica", XIII. internat. medicin. Congress in Paris, 2.—9. August 1900. — Von mir ist der Fall nicht besonders erwähnt worden, da es derselbe ist, den Skierlo (9) in seiner Inaug.-Diss. ausführlich veröffentlicht hat.

2) Centralbl. für Neur. u. Psych. 28. Jahrg. 1905. pag. 585.

3) „Ueber acute Paranoia." Neurol. Centralbl. 18. Jahrg. 1899.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schied man in eine einfache und hallucinatorische Paranoia und jede der beiden wieder in eine acute und eine chronische Form. Bei der einfachen Paranoia[1]) sollen primäre Wahnvorstellungen das Hauptsymptom sein, bei der hallucinatorischen Sinnestäuschungen und aus diesen die Wahnvorstellungen sich erst entwickeln.[2]) Allein die Grenzen verwischen sich. Manchmal sind die Hallucinationen so spärlich, dass nicht gut von der hallucinatorischen Form gesprochen werden kann, andererseits doch vorhanden, sodass auch nicht gut eine einfache Form diagnosticirt werden kann. Zudem ist jedem Irrenarzt bekannt, wie schwer oder beinahe unmöglich im Einzelfalle der Nachweis werden kann, ob der Kranke überhaupt hallucinirt. Gerade die mannigfachen und häufigen Uebergangsformen mussten wiederum als Beweis herhalten, dass „allen diesen Krankheiten, den acuten und chronischen, unter dem gemeinsamen Begriff der Paranoia ihr Recht zu gewähren sei." „Es falle doch auch dem Neuropathologen nicht ein, die multiple Neuritis in zwei toto coelo verschiedene Krankheiten auseinander zu reissen, weil sie bald acut, bald chronisch vorkomme"[3]). Gewiss nicht. Nicht weil die Paranoia bald acut, bald chronisch vorkommt, wird sie in zwei toto coelo verschiedene Krankheiten zerrissen, sondern weil mehrere Krankheitsbilder in Entstehung, Symptomalogie, Verlauf und Ausgang völlig, „toto coelo", von einander geschieden sind, ist es nicht angängig sie zu einer Krankheit zusammenzuwerfen.

So weit, wie z. B. Ziehen, sind jedoch nur wenige Autoren gegangen, die Mehrzahl von ihnen hat zur Paranoia stets nur chronische Erkrankungen gerechnet. Das Gros der acuten Erkrankungen wurde als Wahnsinn aufgefasst. Krafft-Ebing z. B. hat den Wahnsinn und die Paranoia an ganz verschiedenen Stellen seines Systems untergebracht. Schon daraus geht hervor, dass für ihn Wahnsinn und Paranoia nicht einmal verwandte Krankheiten waren.

Auf der anderen Seite steht die Kraepelin'sche Auffassung, dass nur dann von einer Verrücktheit (Paranoia) gesprochen werden könne, wenn es sich um die langsame Entwickelung eines dauernden, unerschütterlichen Wahnsystems bei vollkommener Erhaltung der Klarheit,

---

1) Ziehen(11).

2) Wenn Ziehen (11) als Erläuterung zu dieser im Haupttext gegebenen Definition in einer Anmerkung schreibt: „oder vielmehr sind (bei der hallucinatorischen Form) die Hallcinationen und Illusionen bereits der Ausdruck latenter Wahnvorstellungen", so ist das scheinbar so schöne, genetische Eintheilungsprincip zu einem reim symptomatologischen geworden.

3) Ziehen (7).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wie der Ordnung im Denken, Wollen und Handeln handele. Infolgedessen schrumpft die Zahl der Fälle, in denen Kraepelin und seine Anhänger die Diagnose Paranoia stellen, auf ein Minimum zusammen.

In der Heidelberger Klinik ist in den Jahren 1901—1904 unter 1835 Aufnahmen die Diagnose Paranoia nur dreimal (darunter zweimal Querulantenwahnsinn) gestellt worden.

Kraepelin hat die Ansicht, die er heute vertritt, nicht immer gehabt. Auch er hat zunächst (noch in der 3. Auflage seines Kompendiums) nur Wahnsinn und Paranoia auseinander gehalten. Wenn er dann später den Wahnsinn[1]) als einheitliche Krankheit aufgegeben und die dorthin gerechneten Krankheitsbilder theils der Dementia praecox-Gruppe, theils dem manisch-depressiven Irresein zugewiesen hat, so hat er doch niemals zur Paranoia gerechnet: 1. Die acute, hallucinatorische Verwirrtheit (die sich zum Theil wenigstens mit Meynert's Amentia, Krafft Ebings hallucinatorischem Wahnsinn, Wernicke's agitirter und asthenischer Verwirrtheit, Fürstner's hallucinatorischer Paranoia deckt). — 2. Jene Krankheitsbilder, die er jetzt zur Hebephrenie und und Katatonie rechnet, die sich vom Gros der Hebephrenien und Katatonien durch besonders ausgeprägte Hallucinationen und Wahnideen auszeichnen und die er selbst früher als katatonischen Wahnsinn[2]) bezeichnet hat. — 3. Endlich gleichfalls durch Hallucinationen und Wahnideen complicirte Krankheitsbilder, die er heute zum manisch-depressiven Irresein zählt, d. h. als Manien, Melancholien und manisch-melancholische Mischformen auffasst.

Hat also Kraepelin den Krankheitsbegriff Verrücktheit von vornherein wesentlich enger gefasst, so hat er ihn später durch die Abspaltung zweier Anfangs zur Paranoia gerechneten Formen noch weiter eingeengt, nämlich der Dementia paranoides im engeren Sinne und der Paranoia phantastica. Die Dementia paranoides hat er zunächst ausgeschieden und der Dementia praecox angegliedert; er versteht darunter Krankheitsbilder, bei denen massenhaft zusammenhangslose, immerfort wechselnde Verfolgungs- und Grössenideen auftreten und bei denen sich rasch eine psychische Schwäche entwickelt. Erst später hat er — jedoch unter Vorbehalt — etwas anders geartete Krankheitsbilder, bei denen abenteuerliche Wahnvorstellungen in mehr zusammenhängender Weise durch eine Reihe von Jahren festgehalten werden, um dann entweder wieder zu verschwinden oder völlig verworren zu werden, gleichfalls

1) Der hallucinatorische Wahnsinn der Trinker rechnet nicht zum Wahnsinn. s. s.

2) Paranoia katatonica anderer Autoren.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zur Dementia praecox geschlagen, nachdem er sie vorübergehend als phantastische Verrücktheit der Paranoia zugerechnet hatte. Endlich fasst Kraepelin gewisse Zustandsbilder, die von anderer Seite auch zur Paranoia gezählt werden, als Endzustände[1]) der Dementia praecox-Gruppe auf, ohne dass er im Einzelfalle im Stande wäre, anzugeben, ob er aus einer Hebephrenie, Katatonie oder Dementia paranoides hervorgegangen ist; nämlich: 1. den halluzinatorischen Schwachsinn, bei dem Sinnestäuschungen und Wahnideen in ganz einförmiger Weise nach dem Abklingen des acuten Stadiums bestehen bleiben; 2. die halluzinatorische Verrücktheit, bei der die Wahnbildung (und zwar ausnahmslos der körperliche Beeinflussungswahn) dauernd fortschreitet, ohne dass es zu schwerer Verblödung kommt; 3. die Dementia paranoides (als Endzustand von der floriden Psychose Dementia pararoides wohl zu unterscheiden), bei der es sich um eine üppige Wahnbildung handelt, die bald jeden Einfluss auf das Handeln verliert.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass der Krankheitsbegriff der Paranoia durch die Abspaltung aller oben erwähnten Krankheitsbilder an klinischem Werth gewonnen hat. Die Kraepelin'sche Paranoia ist ein einheitlicher Begriff. Dass die von Kraepelin als Dementia paranoides und Paranoia phantastica beschriebenen Krankheitsbilder nichts mit der Paranoia im engeren Sinne zu thun haben, scheint mir keinem Zweifel zu unterliegen. Ob sie andererseits zur Dementia praecox gehören, ist sicher sehr ungewiss[2]). Wenn man alle psychischen Erkrankungen, die zur Verblödung oder doch wenigstens zu einem psychischen Schwächezustand führen, abgesehen von Epilepsie, Dementia paralytica und Dementia senilis, zur Dementia praecox zählt, so darf man natürlich auch die Dementia paranoides und Paranoia phantastica dorthin rechnen. Und thatsächlich scheint sich auch in einzelnen Anstalten neuerdings das Bestreben geltend zu machen, sämmtliche einfachen Psychosen in zwei Gruppen einzutheilen. Die Diagnose wird post festum gestellt. Ist der Fall günstig verlaufen, so wird manisch depressives Irresein, hat er zur Verblödung geführt, so wird Dementia praecox diagnosticirt. Diese Methode, die Krankheit diagnostisch vorwiegend oder gar ausschliesslich nach dem Ausgang zu beurtheilen, scheint mir auf einen bedauerlichen und bedenklichen Irrweg zu führen. Es besteht die Gefahr, dass auf diese Weise der eben erst mühsam gewonnene Zusammenhang mit der Somatopathologie wieder verloren

1) Wernicke's paranoische Zustände oder residuäre Bewusstseinsfälschungen.

2) Was übrigens Kraepelin selbst wiederholt betont hat.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geht. Wenn unsere Kenntnisse von der Pathologie der Rinde auch noch äusserst gering sind, so viel lehrt doch eine einfache Ueberlegung, dass eine Psychose nur dann und nur darum zur Demenz führt, weil sie für die psychische Function unbedingt nöthiges Gewebe — Zelle oder Faser oder Zelle und Faser, sagen wir „Neurenchym" — zerstört hat.

Wenn in einem Organ des Körpers, der Leber, der Lunge, der Niere, der Milz, ein destructiver Process, d. i. eine traumatische oder pyämische Eiterung oder eine idiogene Entzündung abgelaufen ist, so wird daraus eine mehr oder weniger ausgedehnte Narbe, an der Parenchym zu Grunde gegangen und durch Stützgewebe ersetzt worden ist, entstehen. Daraus kann zwar ein je nach der Ausdehnung der Narbe mehr oder weniger grosser Functionsausfall resultiren, jedoch weil die Zellen der Organe untereinander gleichwerthig sind, stets nur eine quantitative, nie eine qualitative Aenderung der Functionen, wenn nicht gerade Ausführungsgänge, Nerven oder Blutgefässe durch die Narbe comprimirt werden. Bei Psychosen wie bei Erkrankungen des Nervensystems überhaupt liegt es anders. Hier hat jede Zelle oder jeder Zellcomplex seine besondere Function, hier kann nicht die eine vicariirend für die andere eintreten. Der Tod von Neurenchym hat jedesmal auch den Ausfall der an dieses Neurenchym gebundenen psychischen Vorgänge zur Folge. Aber nicht nur dieser mehr oder weniger isolirte Functionsausfall ändert das psychische Geschehen, sondern jeder psychische Functionsausfall muss, wie Wernicke treffend auseinandergesetzt hat, seine Fernwirkungen haben. Nicht nur, dass die zu Grunde gegangenen Neurenchymstellen nicht mehr erregt werden können, sondern es können auch keine Erregungen mehr über sie geleitet und von ihnen ausgelöst werden.

Eine stenosirende Narbe des Dickdarms wird die gleichen Erscheinungen machen, gleichviel, ob sie der Ausgang eines tuberkulösen, gonorrhoischen, luetischen, dysenterischen Geschwürs oder auch eines periproktitischen Abscesses ist. Eine an der Beugeseite des Ellenbogens sitzende Narbe von bestimmter Form führt in gleicher Weise zur Behinderung der Streckung, ob sie nun aus einer Stichwunde, einem Verbrennungsgeschwür oder einem Furunkel herrührt. Keinem inneren Mediciner wird es einfallen, daraus, dass jene Processe alle zur Mastdarmstrictur geführt haben, zu schliessen, dass die Processe wesensgleich gewesen sind. Und ebenso wenig haben wir ein Recht, lediglich aus der Thatsache, dass psychische Krankheitsbilder verschiedenster Aetiologie und Symptomatologie, zu derselben eigenartigen Verblödung führen, zu schliessen, dass jene Krankheitsbilder einer Psychose — heisse sie nun Dementia simplex oder Dementia praecox oder Demenza

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

primitiva oder Paratonia progressiva[1]) oder Morbus Kraepelini[1]) — angehörten oder doch nur Unterabtheilungen dieser einen Psychose bedeuteten, falls nicht noch andere Momente für die Einheit sprechen.

Mit der Eigenart der Verblödung ist das übrigens auch ein eigenes Ding. Die Verblödung der Dementia praecox soll nach Kraepelin charakterisirt sein durch: Einbusse an geistiger Leistungsfähigkeit, Schwäche des Gedächtnisses und des Urtheils; durch gemüthliche Stumpfheit, Verlust der Thatkraft und Regsamkeit, durch Absonderlichkeiten im Benehmen und Handeln, des weiteren Manieren, Stereotypien u. s. f. Dass diese gemeinsamen Züge thatsächlich bestehen, wird Niemand ernstlich bestreiten. Aber zwei Einwände lassen sich doch nicht gut unterdrücken. Einmal finden sich bei sämmtlichen anderen zur Verblödung führenden Erkrankungen, als Paralysis progressiva, Dementia senilis, Epilepsie und auch Imbecillität und Idiotie, nicht gar so selten Züge, die an Dementia praecox nicht nur erinnern, sondern die Differentialdiagnose in ernste Erwägung ziehen lassen oder gar vorübergehend unmöglich machen. Andererseits bieten die Endzustände der Dementia praecox-Gruppe trotz aller gemeinsamen Züge wiederum so viel verschiedene Zustandsbilder, dass Kraepelin sich genöthigt sieht, neun verschiedene Endzustände auseinander zu halten, ohne dass er im Stande wäre, einen inneren Zusammenhang zwischen dem acuten Anfangsstadium (Hebephrenie, Katatonie, Dem. paranoides.) und dem chronischen Endstadium aufzudecken. Jedes Anfangsstadium kann zu jedem Endstadium führen, und jedes Endstadium kann aus jedem Anfangsstadium hervorgehen.

Der Versuch, das psychopathologische Geschehen auf anatomische Veränderungen zurückzuführen, eröffnet die Aussicht auf eine in gewissem Sinne befriedigende Erklärung. In der Dementia praecox wären dann Krankheiten vereinigt, die alle das Gemeinsame hätten, dass ihnen im Gegensatz zu functionellen Aenderungen (z. B. des manisch-depressiven Irreseins und der Paranoia?) organische Veränderungen zu Grunde lägen, mehr oder weniger destructive, meist irreparable Processe im Neurenchym. Setzt der Process — was allerdings nur sehr selten geschieht — eine so geringe Schädigung des Neurenchyms, sei es in Folge seiner geringen Ausbreitung oder seiner Localisation auf eine Stelle von niedrigem Functionswerthe, dass sie entweder reparirt oder durch Stellvertretung ausgeglichen werden kann, so erfolgt defectlose Heilung, restitutio ad integrum. Hat er dagegen nach verschieden

1) Nach Bernstein-Moskau. Psych. neur. Wochenschr. 5. Jg. 1903/04, S. 443.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

langer Dauer zu einem ausgedehnteren Schwunde des Neurenchyms an einer oder mehreren Stellen geführt, so ist der Process zwar zum Stillstand gekommen, aber es ist nur Heilung mit Defect oder weniger euphemistisch, Schwachsinn = Demenz, eingetreten. Natürlich kann der Process jeder Zeit von Neuem anfangen und zu schweren Zerstörungen führen. Je nach der Localisation der Neurenchymnarbe muss die durch diese bedingte Aenderung des psychischen Geschehens verschieden ausfallen. Allein Narbe bleibt Narbe, d. h. Ersatz von Neurenchym durch Stützgewebe, und der durch sie gesetzte Symptomencomplex muss sich stets gleich sein, mag sie auch im Einzelfalle durch Krankheitsprocesse verschiedenster Aetiologie und Nosologie hervorgerufen sein. Daraus, dass die Symptomencomplexe der Endzustände gleich sind, folgt jedoch noch lange nicht, dass auch die Symptomencomplexe der acuten Phasen einander gleich waren, wenn sie auch in mancher Beziehung Gemeinsames gehabt haben. Denn die Stärke und Art der Krankheitsnoxe, die Schnelligkeit des Krankheitsverlaufs, die Form der Krankheitscurve, die Wirkung auf die Nachbarschaft und in die Ferne können grosse Verschiedenheiten bewirken. Der bereits gezogene Vergleich sei noch einmal gestattet, wenn alle die zu einer stenosirenden Narbe des Rectums führenden Krankheitsprocesse unter einander eine Reihe Aehnlichkeiten aufweisen, so bieten sie doch andererseits grosse Differenzen, die eben die Differentialdiagnose ermöglichen. — Mit anderen Worten: Der Endzustand ist in seinen Einzelheiten im Wesentlichen durch den Sitz der Narbe, die acuten Anfangssymptome sind im Wesentlichen durch die Natur des acuten Processes bedingt. Würden diese Erwägungen sich bewahrheiten, so sprächen sie jedenfalls gegen die nosologische Einheit der Dementia praecox-Gruppe.

Ich komme zur Paranoia zurück. Scheidet man die acuten hallucinatorischen Störungen, ferner die von Kraepelin Dementia paranoides genannten mit Wahnideen und Hallucinationen einhergehenden Psychosen, endlich die ebenfalls mit Wahnideen und Sinnestäuschungen einhergehenden Endzustände der Dementia praecox aus, so bleibt, wie gesagt, ein eng umschriebenes Bild zu Recht bestehen, für das Kraepelin den Namen „Verrücktheit“ (Paranoia) reservirt. Die Kraepelin'sche Paranoia umfasst nicht gerade sehr zahlreiche Krankheitsfälle, die nur zum kleinsten Theil in Anstaltsbehandlung kommen, zum weit grösseren Theil ausserhalb der Anstalten leben, sich allenfalls in die Behandlung von Nervenärzten und offenen Sanatorien begeben. Sie sind charakterisirt durch ein langsam wachsendes und sich erweiterndes Wahnsystem, in dem lückenlos durch logische Verknüpfung die eine Wahnidee die andere zur Folge hat; eine wesentliche die Intelligenz mindernde

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

psychische Schwäche darf, abgesehen von seniler Involution, nicht eintreten. Die Besonnenheit und die Ordnung des Gedankenganges bleiben stets erhalten.

Die Paranoia im engeren Sinne ist eine ausgesprochen hereditäre Psychose und steht schon darum in Beziehung zum manisch-depressiven Irresein. Aber auch im Symptomenbild haben die beiden Krankheiten manche gemeinsamen Züge. Erst neuerdings wieder hat Specht[1]) die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen chronischer Manie und chronischer Paranoia betont. Wahnideen und gerade Beeinträchtigungsideen kommen bei Depressionen wohl immer vor und bei Manien gleichfalls, sobald sie länger dauern. Nur sind die Ideen der Manie selten so fixirt, sie sind eher corrigirbar als die paranoischen Wahnideen und scheinen oft psychologisch begründet. Bei beiden Erkrankungen ist eben der Boden durch Suggestibilität, Leichtgläubigkeit und Oberflächlichkeit derart präparirt, dass neue auftauchende Ideenverknüpfungen, die der Gesunde sofort als abstrus erkennt und verwirft, vom Manischen wie vom Paranoischen infolge der Urtheilsschwäche nicht corrigirt, sondern beibehalten werden. Zudem sind sowohl Paranoia als manisch-depressives Irresein sehr oft durch die Eigenschaften der Degeneration complicirt; durch die Streitsucht, die Ränkeschmiederei, den Mangel an Wahrheitsliebe u. s. f. Endlich dürften bei den Störungen nur functionelle Processe zu Grunde liegen. Aus allen diesen Gründen heraus halte ich es nicht nur für erlaubt, sondern für zweckmässig, das manisch-depressive Irresein und die Paranoia zwar nicht zusammenzufassen, aber einem gemeinsamen Oberbegriff, etwa dem der constitutionellen Psychopathie, unterzuordnen[2]).

Wenn früher und wohl auch jetzt noch als charakteristische Differenz zwischen Paranoia und Manie-Melancholie beschrieben worden ist, dass bei der Paranoia die Affectstörungen aus Intellectstörungen, bei Manie und Melancholie dagegen umgekehrt die Intellectstörungen aus Affectstörungen entstehen; so ist diese Lehrmeinung in dieser Fassung zweifellos nicht richtig. Bei beiden Krankheiten ist die Entstehungsweise entfernt nicht zu allseitiger Zufriedenheit aufgeklärt. Namentlich um das Primärsymptom der Paranoia wird noch fröhlich gestritten. — Behaupten auf der einen Seite die Autoren, dass aus der primären Wahnidee sich secundär Stimmungsanomalien und Affectstörungen entwickeln, so stehen ihnen gegenüber andere Autoren mit der Behauptung,

1) Nach dem Gedächtniss citirt.

2) Auch in unserer Casuistik ist des öftern die Differentialdiagnose zwischen periodischer Paranoia und manisch-depressivem Irresein zu erörtern.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch für die Entstehung der paranoischen Wahnidee sei das Primäre eine Affectstörung, eine Stimmungsanomalie. Die, die eine vermittelnde Stellung einnehmen, dürften wohl recht haben. Hat sich doch allgemein gezeigt, dass die kunstvollen psychologischen Constructionen, wie sie früher so beliebt waren, durch die naturwissenschaftliche Beobachtung der neueren Psychiatrie nur selten bestätigt worden sind. Das Vorstellungs- und das Gefühlsleben sind im psychischen Geschehen nie so getrennt, wie es der Psychologe aus didactischen Gründen darstellt. In anerkennenswerther Weise hat Berze[1]) in seinem Buche auf die innige Verquickung von Verstandes- und Affectstörungen aufmerksam gemacht, obschon er mit seiner Behauptung, die Störung der Apperception sei das Primärsymptom der Paranoia, wohl nicht recht hat. Meines Erachtens unterliegt es keinem Zweifel, dass bei der Paranoia Intellect- und Affectstörungen vorkommen und beide gleichzeitig an dem Zustandekommen des Krankheitsbildes betheiligt sind. Allerdings müsste man blind sein, wollte man übersehen, dass in diesem die Intellectstörungen wesentlich dominiren. Mehr jedoch zu behaupten, namentlich darüber zu entscheiden, ob die Intellect- oder Affectstörungen nicht nur zeitlich, sondern auch causal primär auftreten, scheint mir nicht angängig, vielleicht auch überflüssig für unsere diagnostische Beurtheilung zu sein. Man mag also über die Streitfrage verschiedener Meinung sein, so viel ist jedenfalls nicht zu bestreiten, dass dem Beobachter die Wahnbildung, d. i. die Intellectstörung, als erstes greifbares Symptom entgegentritt. In diesem rein zeitlichen Sinne erscheint es darum gerechtfertigt, von primärer Wahnbildung zu sprechen. Damit soll dann durchaus nicht gesagt sein, dass dies auch der erste Beginn der Psychose sei und dass die Stimmungsstörungen, so nahe die Annahme auch liegt, eine Folge der Wahnbildung seien.

Ausser dem in dem besprochenen Sinne primären Auftreten müssen wir nun noch zwei weitere Eigenthümlichkeiten der einzelnen Wahnideen als charakteristisch für die paranoische Wahnbildung bezeichnen. Bei der echten Paranoia handelt es sich ausschliesslich um Vorstellungen, denen an sich sehr wohl thatsächliche Vorgänge zu Grunde liegen könnten, für die nur im gegebenen Falle die positiven Unterlagen fehlen. Der Kranke selbst begründet seine Behauptungen und Urtheile zwar eingehend, doch gehört die ganze Kritiklosigkeit des Paranoikers dazu, diese Gründe für zwingend und die Ueberlegungen für beweisend zu halten. Dagegen scheint mir charakteristisch für gewisse Fälle der Dementia paranoides zu sein, dass die Ideen des Kranken einfach nicht

1) Josef Berze, Ueber das Primärsymptom der Paranoia. Halle. 1903.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

realisirbar sind, ja dass die behaupteten Vorgänge und Thatsachen geradezu den Naturgesetzen widersprechen. Wenn der Paranoiker behauptet, dass gewisse Leute gegen ihn conspirirten, dass man sich über ihn im Local unterhalte, dass Frauen seinen Beischlaf wünschten, dass ihm Gift in den Speisen gegeben werde, so sind derartige Dinge doch immerhin möglich. Wenn aber ein an Dementia paranoides leidender phantasirender Kranker behauptet, die Natur werde ihm durch Spiegel abgezogen, oder Drähte seien um ihn gespannt, um seine Gedanken zu erfahren, oder das Gehirn sei ihm herausgenommen und dafür Stroh eingepflanzt worden, oder in seinem Körper wachse ein Samenkorn zu einem grossen Baume, oder er besitze Macht über Leben und Tod, so sind das Dinge, deren Realisirbarkeit ohne ein Wunder einfach ausgeschlossen ist.

Weiterhin für Paranoia spricht, dass die einmal gebildete Wahnidee nun auch, so lange sie besteht, Einfluss auf das gesammte Denken und Handeln der Kranken gewinnt, weil sie in den gesammten bereits vorhandenen Bewusstseinsinhalt hineinverarbeitet wird. Der Paranoiker trägt seine Idee mit Ernst und Ueberzeugung vor, er verlangt deren Achtung, gerät in Zorn, wenn man sie nicht beachtet; er kämpft um die Verwirklichung seiner Pläne. Wenn dagegen ein Kranker behauptet, er sei Präsident von Deutschland, und fast im gleichen Augenblick sagt, er sei der Tischlermeistsr Neumann, ein zweiter sagt, er sei der Fürst Lebendzieff II., Verwandter des Zaren, und dabei Tag für Tag in der Werkstätte Hosenknöpfe annäht, ein dritter dauernd über Verunreinigung der Speisen klagt, die Speisen jedoch mit Genuss verzehrt, so sind diese unausgeglichenen Widersprüche gewichtige Bedenken gegen die Diagnose Paranoia.

Endlich dürfte noch der Bedeutung der Sinnestäuschungen im Symptomenbilde der Paranoia zu gedenken sein. Kraepelin hebt in seinem Lehrbuche hervor, dass eigentliche Sinnestäuschungen sehr selten sind, dass es sich meist um wahnhafte Verarbeitung wirklicher Erfahrungen, oft um Erinnerungsfälschungen handelt. Je mehr ich auf diese Dinge geachtet habe, desto häufiger habe ich gefunden, dass oft nicht nur vom practischen Arzte, sondern auch vom Psychiater psychopathologische Geschehnisse mit dem Namen Sinnestäuschungen belegt werden, die sich bei genauerer Nachprüfung nicht als solche bewahrheiten[1]).

1) Namentlich hier in Posen ist es mir aufgefallen, wie oft die Kranken angeblich halluciniren. Vielleicht liegt es daran, dass ein grosser Theil unserer Kranken, zumal in der Psychose, nur polnisch spricht, wir Aerzte meist nur deutsch sprechen und die Dolmetscher für eine zuverlässige Beobachtung nicht

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Oftmals kommen Kranke in die Anstalt mit der Angabe des einweisenden Arztes, sie hallucinirten, an denen auch bei genauester Beobachtung nichts von Hallucinationen nachzuweisen ist, Möglich wäre ja, dass das Krankheitsbild sich geändert hätte, thatsächlich aber ergiebt die Anamnese meist ohne Mühe, dass es sich nicht um eine Wahrnehmungsfälschung, sei sie illusionärer oder hallucinatorischer Natur, sondern um eine wahnhafte, erst durch Associationen vermittelte Deutung von wirklichen Vorgängen handelt. Dass hier endlich die Apperceptionshallucinationen Kahlbaum's und die autochthonen Ideen Wernicke's eine grosse Rolle spielen, sei nur angedeutet. Was ich hier sage, ist ja nicht neu, wohl alle Hand- und Lehrbücher sprechen mehr oder weniger ausführlich über diese Dinge. Aber doch schien mir ein Hinweis darauf angebracht, weil eben, wie gesagt, in der Praxis vielfach alle diese scheinbar sehr ähnlichen, genetisch aber ausserordentlich verschiedenen Erscheinungen unter dem gemeinsamen Namen Sinnestäuschungen zusammengefasst und untereinander geworfen werden. Wenn aber wahnhafte Umdeutung thatsächlicher Ereignisse, additive und qualitative Erinnerungsfälschungen, autochthone Ideen, Apperceptionshallucinationen und -illusionen und Sinnestäuschungen im engeren Sinne genetisch verschieden sind, dann ist von vornherein wahrscheinlich, dass auch ihre nosologische Bedeutung verschieden zu werthen sein wird. Bei der Paranoia im engeren Sinne spielen nun wahnhafte Umdeutung thatsächlicher Ereignisse, Erinnerungsfälschungen, Apperceptionssinnestäuschungen und wohl auch autochthone Ideen zweifellos eine grosse Rolle, Sinnestäuschungen im eigentlichen Sinne dürften dagegen ausserordentlich selten sein, wenn sie überhaupt vorkommen. Die Annahme der Vertreter einer hallucinatorischen Paranoia, dass die Wahnidee gleichsam die Erklärung für eine Sinnestäuschung sei, würde dann eher in das Gegentheil zu verkehren sein, dass nämlich jene den Sinnestäuschungen ähnlichen Störungen nur dann auftreten können, wenn Bewusstseinsthätigkeit und Bewusstseinsinhalt durch Wahnbildung verändert sind.

Kraepelin, dessen Auffassung der Paranoia ich mich bisher angeschlossen habe, stellt als weiteres Kennzeichen auf, dass sie durchaus

---

genügend geschult sind. Wir Aerzte können darum kaum zu einem eigenen Urtheil gelangen, sind vielmehr mehr oder weniger auf fremde Angaben angewiesen. In den Augen der von der Psychiatrie angekränkelten Laien — und das sind unsere Dolmetscher, Pfleger und Oberpfleger — spielt die Hallucination eine Hauptrolle, indem sie so ziemlich das einzige, ihnen bekannte Symptom darstellt, und so sprechen sie unentwegt von Stimmen und Bildern, wenn der kritische Psychiater im Zweifel ist.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

chronisch verlaufe und darum unheilbar sei. Er bestreitet die Existenz einer acuten, wie einer periodischen Paranoia. Mit dem Bemerken, „habe man doch ganz harmlos von periodischer Paranoia gesprochen", thut er die gegentheilige Ansicht ab. Im Allgemeinen gilt es nicht als unerlässliches Kennzeichen einer Krankheit, dass sie acut oder chronisch verlaufen muss. Im Gegentheil, wenn auch die Mehrzahl der Krankheiten entweder nur acut oder nur chronisch verläuft, so giebt es andererseits Krankheiten, die einen chronischen und einen acuten Verlauf nehmen können und die trotzdem, weil sie in Aetiologie, Symptomatologie und pathologischer Anatomie im Wesentlichen übereinstimmen, als nosologische Einheit gelten. Oft ist der klinische Zusammenhang derart, dass die acute Störung aus irgend einem Grunde nicht zur Heilung geführt wird und so chronisch wird. Aus der Zahl der katarrhalischen Entzündungen lassen sich am Zahlreichsten Beispiele anführen: Acute und chronische Bronchitis, Gastroenteritis, Perityphlitis, Urethritis gonorrhoica, Prostatitis, Epididymitis u. s. w., ferner acute und chronische Lungentuberculose, acute und chronische Blei- und Alkoholintoxication. Morphinvergiftung u. dergl. m. A priori vermag ich darum gar nicht abzusehen, warum die Paranoia nicht gleichfalls acut (wohl richtiger abortiv), periodisch und chronisch verlaufen kann. Nochmals möchte ich mich gegen das eventuelle Missverständniss verwahren, als ob ich die acuten halluzinatorischen Störungen als acute Formen der Paranoia auffasste. Unter acuter Paranoia hätte man vielmehr eine durch das vorübergehende Auftreten von Wahnideen (namentlich Beachtungs- und Beeinträchtigungswahn) charakterisirte Geistesstörung zu verstehen, die vorübergehend zu fehlerhafter Eigenbeziehung, zu Verrrückung des Ichbewusstseins und Verfälschung des autopsychischen Bewusstseininhaltes führte, jedoch ohne dass Besonnenheit und Gedankengang jemals litten, bei der die Wahnbildung sich auf dem Boden des Möglichen bewegte und das übrige Denken und Handeln beeinflusste und bei der Sinnestäuschungen im eigentlichen Sinne keine oder doch nur eine unwesentliche Rolle spielten: kurz, eine Psychose, die sich nur durch die Acuität des Verlaufs von der chronischen Paranoia unterschiede. Dass durch die verhältnissmässig schnelle Entwickelung des Krankheitsbildes bei der periodischen Paranoia gegenüber der gewöhnlichen chronischen Verrücktheit sich einige Differenzen ergeben würden, wäre zu erwarten. Hierin vermöchte ich jedoch nicht Kennzeichen von genügendem Gewicht zu sehen, um daraus auf zwei Krankheitsbilder zu schliessen. Aus der hereditären Anlage heraus erwächst, sei es nun durch primäre Affektstörungen oder durch primäre Intellektstörungen, oder was wahrscheinlicher ist, durch einen Affect und Intellect gleich-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeitig schädigenden Process der paranoische Symptomencomplex. In einzelnen allerdings seltenen Fällen könnte es nach kürzerem oder längerem Bestehen durch günstige Bedingungen zur Normirung der Affectlage, zu einer Festigung der Verstandesthätigkeit oder zur Kräftigung der Apperception und zur Correctur der Wahnidee kommen, ohne dass je im Leben die paranoische Störung wiederkehrte. In einer zweiten Gruppe von Fällen könnte aus der gleichen einmal vorhandenen Anlage heraus nach geraumer Zeit nach einem luziden Intervall der Symptomencomplex wiederkehren. In einer dritten Gruppe, der Mehrzahl der Fälle, würden die günstigen Bedingungen, die eine restitutio ad integrum ermöglichen, ausbleiben, und die Folge wäre die chronische Weiterentwickelung des Wahns, die gewöhnliche unheilbare Verrücktheit. Das sind, woran festzuhalten ist, Ueberlegungen a priori, die von der Erfahrung widerlegt werden könnten.

Nach diesen theoretischen Vorbemerkungen kämen wir zum zweiten, zum Haupttheil der Arbeit, nämlich die in der Literatur veröffentlichten Fälle zusammenzustellen und kritisch auf die Richtigkeit der Diagnose zu prüfen. Denn damit allein scheint mir die Frage nicht erledigt, dass man die Fälle a limine von der Paranoia abweist, ohne jeden von ihnen auf seine Zugehörigkeit zu ihr einzeln durchzusehen. Die Wichtigkeit des Thatsachenmaterials für die Entscheidung der Frage scheint mir eine gewisse Ausführlichkeit zu rechtfertigen, zumal da ich aus eigener Erfahrung eine Krankenbeobachtung in extenso nicht zu veröffentlichen vermag. Nur einen Fall eigener Beobachtung möchte ich wenigstens erwähnen. Doch liegt die Beobachtung schon länger zurück und eine Krankheitsgeschichte steht mir nicht zur Verfügung. Es handelte sich um einen Bankbeamten, der wiederholt vorübergehend unter neurasthenischen Symptomen erkrankte, und auf der Höhe der neurasthenischen Beschwerden Beziehungs- und Beachtungswahnideen producirte, der seine Erkrankung jedesmal in einem längerem Urlaub abmachte und nachher wieder seinen Dienst in vollem Umfange versah. Zur Paranoia vermag ich den Fall nicht zu rechnen, es lag wohl nur eine periodische oder recidivirende neurasthenische Verstimmung vor.

Die Literatur enthält folgende uns hier interessirende Krankheitsgeschichten, die allerdings nur zum Theil als Paranoia veröffentlicht sind.

1. Paranoia hallucinatoria periodica [publicirt von Mendel (1)]. 33jähriger Kaufmann. Heredität nicht nachweisbar. Wiederholte Anfälle von 3—4 Wochen mit 4 Monate langen freien Intervallen. Der einzelne Anfall beginnt mit Schlaflosigkeit. Patient hörte, wie die Leute auf der Strasse und im Zimmer seinen Namen rufen, von ihm sprechen; er verweigerte die Nahrung, weil er Vergiftung befürchtete. Gegen seine Feinde hielt er Nachts einen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Revolver bereit. Daneben Grössenideen, er sei der tüchtigste Kaufmann, habe viel in der Welt gesehen, seine Concurrenten seien dumm. Zum Jubiläum des Kaisers schickte er eine Gratulation auf weissem Atlas, „er bekäme dann sicher einen Orden". Er äusserte die Idee, sein Vater sei der Sohn Bellachini's. — Keine motorische Unruhe. Stimmung wechselnd, entsprechend den Wahnvorstellungen. Patient versah während der Anfälle sein Geschäft. Allmäliges Abklingen des Anfalls.

2. Paranoia hallucinatoria periodica [publicirt von Mendel (1)]. 25jähriges Fräulein. Mutter sehr erregt und nervös. — 6 Jahre lang trat jedes Jahr ein Anfall von 3—4 Monaten Dauer auf. Die Krankheit beginnt mit Hallucinationen in Gesicht, Gehör und Geruch. Die Kranke ist zurückhaltend, spricht wenig, abstinirt zeitweise. Daneben System von Wahnvorstellungen. Sie sei Prinzessin, ihre Mutter sei nicht die richtige Mutter, sie werde vom Kaiser und von Schutzleuten verfolgt, damit sie nicht den ihr gebührenden Rang einnähme. Die Anfälle enden ziemlich plötzlich. Die Intervalle sind völlig frei.

3. Paranoia hallucinatoria periodica [publicirt von Mendel (1)]. 51jährige Wittwe. Mutterschwester und deren Sohn geisteskrank. — Innerhalb 3 Jahren 4 Anfälle von 2—5 Monaten Dauer mit freien Intervallen. Beginn mit Depression, dann „Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen", sie sei die Tochter des Kaisers, ihr Sohn sei der Kronprinz, die Frau, die sich für ihre Mutter ausgebe, verfolge sie, mache ihr allerhand beklemmende Gerüche, thue ihr schauerliche Dinge in's Essen, um sie zu vergiften; ihre Kinder seien vertauscht worden, aus einer Oeffnung in der Wand werde sie belauscht u. s. w. Patientin kam herunter, weil sie häufig abstinirte. Der Anfall hört plötzlich auf.

4. Periodische Melancholie, die im zwölften Anfall durch eine Paranoia abgelöst wird (publicirt von Mendel(1). 60jährige Wittwe. Mutter und Schwester an Melancholie, Cousine der Mutter an nicht näher bezeichneter Psychose erkrankt. — Patientin erkrankte im Alter von 51 Jahren an Melancholie, bekam dann regelmässig in den nächsten 8 Jahren einen derartigen Anfall. „Statt des zehnten Anfalls — im Jahre 1877 — kam jedoch eine Manie mit melancholischem Vorstadium, während der elfte im Jahre 1878 wieder eine Melancholie darstellte, der zwölfte aber eine Paranoia mit Verfolgungs- und Grössenideen ohne erhebliche motorische Unruhe." Im Paranoiaanfall traten unter mässiger Unruhe bei guter Orientirtheit Wahnvorstellungen auf: „Sie sehe verschiedene Schattenbilder, eine goldene Tanne, wahre Figuren, dann sehe sie wieder einen, dem solle sie den Apfel abschiessen." Sie hört Gott in den Wolken sprechen: „Es ist mein lieber Sohn, an dem ich Wohlgefallen habe." Sie riecht Schwefel und Zunder, sie glaubt, an ihrem Körper Zeichen und Wunder zu empfinden. Sie hält sich für eine Auserwählte Gottes, die der Herr an der rechten Hand gezeichnet hat, damit er sie einst von all' den Seelen herausfinden könnte und sie kröne mit dem Kranze des ewigen Lebens. Sie hörte, dass ihre Söhne sich heimlich zu ihr schlichen, der eine unter ihr Bett, der andere in's Sofa, der dritte in den Schornstein. Sie pfiffen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und krähten, ein Zeichen, dass sie auf der Hut sein solle, da sie unter Spitzbuben und Mördern sich befinde. Man wolle sie noch auf's Schaffot bringen. Man habe sie schlecht behandelt, aber sie habe die ganze Welt blamirt! Sie habe an den Kaiser geschrieben, der ganze Hof beschäftige sich mit ihrem Schicksal. Aus dem Zellenfenster hat sie es aller Welt verkündet."

Die Wahnvorstellungen traten allmälig zurück.

Fall 1—4 sind die vier Fälle, die Mendel im Jahre 1887 zur Aufstellung des Krankheitsbildes einer periodischen hallucinatorischen Paranoia veranlasst haben. Wie ich schon zu Anfang auseinander gesetzt habe, schliesse ich mich den Autoren an, die alle vorwiegend durch das Auftreten von Hallucinationen gekennzeichneten acuten Krankheitsbilder von der Paranoia ausschliessen. Bei den Kranken 1, 2, 3 stehen die Hallucinationen viel zu sehr im Vordergrunde und sind die einzelnen Wahnideen viel zu isolirt und wechselnd und nicht durch formal richtige Logik zu einem in sich abgeschlossenen System verknüpft, ist endlich Nichts von jenem so charakteristischen Egocentrismus zu bemerken, als dass man von einem lückenlosen unerschütterlichen Wahnsystem sprechen kann. Was für Paranoia spricht, ist das Erhaltenbleiben der allopsychischen Orientirung. Doch hat Wernicke besonders darauf aufmerksam gemacht, dass trotz der massenhaften Hallucinationen die allopsychische Orientirung erhalten bleiben kann, dass sie z. B. bei der acuten Hallucinose fast niemals verloren geht.

Die vierte Kranke hatte zehn Anfälle von Melancholie, einen von Manie, in einem zwölften hatte sie etwas andere Wahnvorstellungen, als sie gewöhnlich in der Manie geäussert werden. Wenn zugegeben werden muss, dass die Wahnvorstellungen kein ausgesprochen manisches Gepräge haben, so stehen sie andererseits nicht in derart innerem Connex und lassen nicht die Verrückung der Persönlichkeit erkennen, wie es bei der Paranoia der Fall ist. Bei der Paranoia treten eben nicht nur Wahnideen auf, sondern — und das ist das Wesentliche — die Wahnideen müssen das Wollen, Denken und Handeln völlig beeinflussen, derart ummodeln — nicht vernichten, dass daraus die Verrückung des Ichs zu Stande kommt.

Zur Zeit liegt auf meiner Abtheilung ein Kranker, der massenhaft wahnartige Ideen vorbringt: Er zeigt auf das Bild des Grossherzogs von Baden in einer Zeitschrift „das ist mein Vater, jetzt will ich Ihnen auch meine Mutter zeigen", er sucht nach einem Frauenbildniss, kann aber keines finden; zum Referenten sagt er „Sie sind mein Sohn", zu einem anderen Arzt „Sie sind der Director", zu einem dritten „ich kenne Sie doch, Sie sind der Oberpfleger N." u. s. w. Trotz des blühenden Unsinns, den der Kranke spricht, ist er genau über alles orientirt, beurtheilt alle Dinge zutreffend und zeigt thatsächlich keine Spur von Personenveränderung. Bei dem sonstigen Verhalten

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Kranken kann die Diagnose „manisch-depressives Irresein“ oder „periodische Manie“ keinen Augenblick zweifelhaft sein. Ich erwähne den Kranken, weil von anderer Seite eine periodische Paranoia in differentialdiagnostische Erwägung gezogen worden ist,

Uebrigens, selbst wenn wir annehmen wollten, dass im Fall 4 ein melancholischer Anfall durch eine Paranoia ersetzt wäre, hätten wir noch nicht das Recht, von periodischer Paranoia zu sprechen.

5. Paranoia hallucinatoria periodica (publ. von Kausch [3]). 57jährige Frau. Schwestermutter in höherem Alter melancholisch. Schwester periodische Melancholie. — Patientin erkrankte zuerst im 16. Lebensjahr und hat seitdem 30—40 Anfälle von verschiedener Dauer und verschiedener Intensität gehabt. In den Zwischenzeiten ist sie völlig frei. Die ersten Anfälle waren solche von affectiver reiner Melancholie. Etwa seit dem zehnten Anfall trat eine Aenderung ein. „In den folgenden Anfällen setzte die psychische Störung mit dem Auftreten der Hallucinationen ein, die deprimirte Stimmung bildete also nicht mehr das Primäre. Dass im Verlauf die Stimmung trübe und ängstlich wurde, ist nicht zu verwundern, da der Inhalt der Sinnestäuschungen meist ein unangenehmer war. Man beschimpfte sie, erzählte Schlechtigkeiten von ihr, drohte ihr mit den schrecklichsten Dingen, wollte sie martern . . . , sie vernahm Todtenmusik u. s. w. Es stellten sich ferner Täuschungen in andern Sinnesgebieten ein, sie verspürte allerhand Sensationen. Gesichts- oder Geschmackstäuschungen sind nie aufgetreten. Patientin meinte, die Stimmen und die anderen Beeinträchtigungen gingen von ihren Verwandten aus, besonders hatte sie ihre Mutter im Verdacht . . . . . Die Leute suchen Patientin auf jede Art und Weise zu ängstigen, zu quälen und zu schädigen; sie bedrohen sie, treiben Physik mit ihr, auch aus der Ferne üben sie Einfluss auf sie aus . . . Fast alle Leute, welche Patientin um sich sieht, geben Acht auf sie, sprechen untereinander über sie. Ganz unbedeutende Begebenheiten bezieht Patientin auf sich und schliesst daraus, dass etwas gegen sie im Gange ist. In demselben Sinne deutet sie alle unangenehmen Empfindungen, die ihren Körper treffen, sowohl thatsächlich vorhandene, als hallucinirte, alles wird ihr „gemacht“. — Sobald die Hallucinationen aufhören, verschwinden auch regelmässig die Wahnideen.“

„Im Laufe der Zeit änderten sich dann die Anfälle insofern, als Patientin sich durch die Hallucinationen nicht mehr ängstigen und einschüchtern liess. Wenn die Stimmen auftraten und Patientin auch fest an deren Wirklichkeit glaubte, sagte sie sich doch, dass dieselben schon so oft gekommen, immer wieder vorübergegangen wären und dass ihr niemals die Urheber ernstlich etwas zu Leide gethan hätten. . . . Das äussere Verhalten der Patientin wurde dadurch ein verändertes: sie war nicht mehr gedrückter, ängstlicher, sondern ziemlich indifferenter, oft sogar gehobener Stimmung.“

Es handelt sich um eine periodische Psychose mit 30 bis 40 Anfällen. Die ersten Anfälle verliefen unter dem Bilde einer affectiven Melancholie. Später waren sie complicirt durch Hallucinationen meist

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schreckhaften Inhalts; dazu kam eine wahnhafte Deutung unbedeutender Begebenheiten, thatsächlich vorhandener und hallucinirter Empfindungen im Sinne der Beeinträchtigung. Kausch vertritt die Meinung, dass aus der periodischen Melancholie eine periodische Paranoia geworden sei. Unbestreitbar ist, dass die chronischen Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins vielfach Anklänge und wohl auch Uebergänge zur chronischen Verrücktheit bieten; und ebenso muss zugegeben werden, dass in den acuten Anfällen des manisch-depressiven Irreseins sehr oft paranoide Züge auftreten. Diese zweite Beobachtung hat Bleuler sogar veranlasst, den Wahnsinn oder Vesania als besondere Erscheinungsform des manisch depressiven Irreseins (die dritte neben Manie und Melancholie) aufzustellen. Aber in dem vorliegenden Fall scheint mir gleichwohl oder richtiger eben deswegen die Melancholie nicht zur Paranoia geworden zu sein. Kausch meint, dass die depressive Stimmung secundär aus den unangenehmen Sinnestäuschungen sich entwickelt habe; eine Erklärung, die wohl mehr theoretisches Interesse als Anspruch auf klinischen Werth hat. Thatsache ist, dass zahlreiche Melancholien (des manisch-depressiven Irreseins) mit massenhaften meist als Hallucinationen gedeuteten Elementarsymptomen und zwar unangenehmen Inhalts einhergehen; Thatsache ist ferner, dass Melancholische aus ihrer depressiven Stimmungslage heraus Vorgänge der Umgebung auf sich beziehen, ja vielfach das Symptom ausgesprochenen Beziehungswahns bieten. Alles in allem sehe ich keinen Grund, warum man den von Kausch publicirten Fall nicht unter dem manisch-depressiven Irresein unterbringen sollte; ich wüsste nicht, was dagegen spricht.

Die Kausch'sche Diagnose erscheint allerdings verständlich, wenn man bedenkt, dass von einigen Autoren alle Störungen, bei denen vorwiegend Sinnestäuschungen und Wahnideen imponiren — und diese imponiren ja immer mehr als Stimmungsanomalien und Anomalien des Vorstellungsablaufs — als Paranoia bezeichnet werden.

6. Recidivirender Beachtungswahn [publ. v. Friedmann (4)]. „32jähr. Frau, von je hochmüthig, exaltirt, äusserst übelnehmerisch und daher unverträglich, starke erbliche Belastung. Schon wiederholt, namentlich aber vor 3 Jahren, war sie in einem eigenthümlichen Zustande von Menschenscheu, zeigte Verfolgungswahn, bezog jede harmlose Aeusserung auf sich, glaubte die Leute auf der Strasse sprächen und zischelten über sie. Nach 2—3 Monaten allmäliger Uebergang in ihr normales Verhalten. Jetzt brach von Neuem ein analoger Zustand aus, zugleich mit gesteigerten nervös anämischen Beschwerden und mit einem Uterinleiden. Sehr ausgeprägter Beachtungswahn, der Pfarrer predigt auf sie und ist ihr aufsässig, weil sie einmal seine Predigt kritisirt hat, ebenso stellen ihr alle Nachbarn und ganz unbekannte Leute auf der Strasse nach, die Zeitungen sprechen wieder von ihr, ein Brand in der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stadt ist ihretwegen ausgebrochen. Zugleich plötzliche Eingebungen, z. B. heute Nacht solle der Pfarrer ermordet werden, aber keine Hallucinationen, eingeengtes Denkvermögen, sehr grosse Vergesslichkeit, mehr reizbare als gedrückte Stimmung, exaltirter Blick und Sprache. Auch diesmal nach 3 Monaten ganz allmäliger Uebergang in die Norm, doch ohne klares Krankheitsbewusstsein. In den letzten 2 Jahren blieb sie geistig natürlich".

7. Recidivirender Beachtungswahn [publ. von Friedmann (4)]. „55jährige Wittwe, erblich belastet, von je eigenthümliche schüchtern zurückhaltende und einsam lebende Frau. Vor $2^1/_2$ Jahren hatte sie nach Bericht des Arztes einen ganz ähnlichen Zustand wie jetzt, sie litt unter Verfolgungen der Nachbarn und aller Welt, konnte sich nicht entschliessen, das Haus zu verlassen, glaubte, Jedermann habe etwas gegen sie und sie sei von allen Seiten überwacht. Dieser Wahn verblasste nach 4 Monaten langsam; sie zeigte sich wieder unbefangener. Jetzt seit 2—3 Wochen ist aber wieder ganz das Gleiche wie damals eingetreten, und charakteristisch wieder der reine, aber auffällig gedankenarme Beachtungswahn bei mässiger Verstimmtheit: wieder horchen die Nachbarn und alle Wände haben Ohren, so dass sie im eigenen Zimmer nur zu wispern wagt, die Todesanzeige in der Zeitung, ohne irgend welche Aehnlichkeit des Namens, soll nur sie kränken und verspotten, die Frau im anderen Stockwerk, welche die Dienstmagd schalt, hat sie gemeint, die Leute auf der Strasse haben ihretwegen „Donnerwetter" geflucht, ihr zum Possen hat jüngst die Marktfrau das Geld falsch zurückgegeben. Sie braucht nichts zu erzählen, denn die ganze Stadt weiss von ihrer Geschichte. Sie versteht absolut nicht, warum eben alles passirt, sie habe doch noch Niemandem etwas zu leide gethan, sie wird eben „verfolgt". Niemals Stimmen oder plötzliche innere Eingebungen. Nach vier Monaten waren die Ideen immer matter geworden, beschäftigten sie nur wenig mehr; doch ist auch sie nicht zu klarer Krankheitseinsicht gelangt; sie ist froh, dass sie von Verfolgungen nichts mehr merkt".

Ich befinde mich in scheinbarem Widerspruch mit Friedmann, wenn ich seine Fälle für die periodische Paranoia requirire, obgleich er selbst schreibt, die Analogie mit den interessanten Fällen periodischer Paranoia, wie sie Mendel und Kausch berichtet hätten, liege bei seinen Fällen fern. Bei Mendel und Kausch seien die Anfälle scharf abgesetzt gewesen und hätten periodische Epochen gezeigt, hätten sich auch relativ oft wiederholt, während in seinen Beobachtungen das ganz allmähliche Uebergehen in die Norm, dabei ohne klare Krankheitseinsicht bezeichnend sei. Friedmann will darum seinen Fällen nur den Namen recidivierender, nicht periodischer Wahn zuerkennen. Der Streit darüber, wie weit die Bezeichnung „periodisch" ausgedehnt werden darf, ist noch nicht entschieden. Einige Autoren wollen nur solche Psychosen als periodisch anerkennen, bei denen in ziemlich gleichen Intervallen etwa gleich lange Anfälle gleicher Beschaffenheit auftreten. Wenn man

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich vorhält, dass die Uebergänge zwischen beiden Verlaufstypen fliessend sind, dass es Kranke giebt, die in ganz regelmässigen Abständen ihre Anfälle bekommen, dann Kranke, die zunächst in regelmässigen, dann in unregelmässigen Abständen erkranken, dass es ferner Kranke giebt, die alle halbe Jahre, alle Jahre, alle zwei Jahre u. s. f. erkranken, bis zu solchen, die nur ein- oder zweimal im Leben erkranken; so erscheint es mir unmöglich, die Grenze zu bestimmen, von der ab nicht mehr von einer periodischen Psychose gesprochen werden soll. Practisch ist es natürlich im gegebenen Falle durchaus vortheilhaft, von einem ausgesprochen periodischen Verlauf, im anderen von einem unregelmässig recidivirenden Verlauf, im dritten von wiederholten Einzelerkrankungen zu sprechen: aber warum man theoretisch nosologische Differenzen zwischen diesen Verlaufstypen aufstellt und womit man sie vertheidigen will, ist nicht recht ersichtlich. Doch es mag Ansichtssache sein, für welche Benennung man sich entschliessen will; darüber, dass es sich im Grunde um eine Krankheit gleicher Kennzeichen und gleicher Erscheinung handelt, sind sich die Gegner wohl einig.

In jenem engeren Sinne liegen nun allerdings bei Friedmann keine periodischen Psychosen vor. Es kam in beiden Fällen nur zu zwei Erkrankungen. Das Wesentliche ist aber das, dass ein während der Acme von der chronischen Paranoia angeblich nicht abgrenzbares Krankheitsbild acut auftrat, nach einiger Zeit wieder schwand und nach einem völlig freien Intervall sich ein zweites Mal entwickelte, um dann endgültig zu verschwinden. — Oder, um mich ganz einwandsfrei auszudrücken, es handelt sich um zwei Kranke, die nicht einmal an chronischer, unheilbarer Paranoia, sondern angeblich zweimal an acuter, heilbarer Paranoia in ihrem Leben erkrankten.

Würde sich herausstellen, dass die Fälle die Bezeichnung Paranoia thatsächlich verdienten, so würde ich gar kein Bedenken tragen auf Grund ihrer das Vorkommen einer periodischen Paranoia zu behaupten. Friedmann selbst spricht von „typischer Paranoia“ und meint, „das Symptomenbild könne auch bei einer regelrechten chronischen Paranoia kein wesentlich anderes sein.“ Ich kann mich dem nicht anschliessen und nehme gar keinen Anstand, beide Fälle dem manisch-depressiven Irresein zuzuweisen. Besonders der zweite Fall (Fall 7.) lässt sich einwandfrei dort unterbringen. Gerade bei Melancholie sehen wir öfters ausgesprochenen Beziehungs- und Beachtungswahn. Die Kranken beziehen alle möglichen Vorgänge auf sich, Aeusserungen und Handlungen der Umgebung werden in einem den Kranken schädigenden Sinne gedeutet, man verspotte ihn, lache ihn aus, man kenne sein Unglück. Ganz harmlose Vorgänge werden in solchem Sinne ausgelegt. So

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

glaubte eine melancholische Kranke, deren Struma öfters mit dem Bandmaass gemessen wurde, es sollte Maass für einen Strick genommen werden, an dem man sie aufknüpfen wolle. Die Aeusserung; „sie verstehe absolut nicht, warum eben alles passire, sie habe doch noch Niemandem etwas zu leide gethan", erscheint mir beinahe typisch für melancholischen Verfolgungswahn. Wenn bei den meisten Melancholikern den Inhalt des Wahns auch vorwiegend Versündigungsideen bilden, so kommt es doch oft genug auch zu Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn. Die Kranken wahren sich gegen die Strafe, die ihnen bevorsteht, sie hätten doch nichts Unrechtes im Leben gethan, sie wüssten nicht, warum sie so schwer dulden müssten, aber sie wollten das Leiden ja gerne tragen, wenn es nur ein Ende nehmen wolle u. s. f. Charakteristisch für die Melancholie bleibt die Störung 1. der Stimmung, 2. im Vorstellungsverlauf und 3. in der Auslösung der Willensvorgänge; und zwar handelt es sich bei der typischen Melancholie auf allen drei Gebieten — um mich der trefflichen Nomenclatur Wernicke's zu bedienen — um eine Afunction oder Hypofunction. Dass Kraepelin im Ausbau der Lehre vom manisch-depressiven Irresein gezeigt hat, dass auf jedem einzelnen der drei Gebiete die Hypofunction durch Hyperfunction ersetzt sein kann, so dass dann Mischzustände resultieren, interessirt uns zunächst nicht; denn wir sind, glaube ich, hier nicht zur Annahme eines Mischzustandes genöthigt. Friedmann selbst spricht 1. von mässiger Verstimmtheit und 2. von auffällig gedankenarmem Beachtungswahn und sagt 3., die Kranke sei von jeher eigenthümlich schüchtern und zurückhaltend gewesen. Wir dürfen wohl annehmen, dass dies schüchterne, zurückhaltende Wesen auch während der Erkrankung angehalten hat, vielleicht nur nicht besonders vermerkt worden ist, weil es eben von jeher schon bestanden hat. Die drei Cardinalsymptome der Melancholie: 1. depressive Verstimmung, 2. Verarmung des Vorstellungsverlaufs und 3. Erschwerung der Willenshandlungen, wären also vorhanden. Der Beachtungs- und Beziehungswahn, auf den Friedmann das Hauptgewicht legt, ist, wie schon gesagt, im Symptomenbilde der Melancholie nichts besonderes. Um eine schwere Depression mit reichlichen Hallucinationen oder gar stuporöser Trübung des Bewusstseins handelt es sich natürlich nicht, aber um einen jener Fälle, die Hecker aus practischen Gründen zur Aufstellung der Cyclothymie (als eines mild verlaufenden manisch depressiven Irreseins) veranlasst haben. — In dem ersten Falle Friedmanns (Fall 6.) ist der Nachweis, dass es sich um manisch depressives Irresein handelt, schwerer; doch weisen auch hier die „Menschenscheu", das „eingeengte Denkvermögen", die „sehr grosse Vergesslichkeit", „die (mehr reizbare)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als gedrückte Stimmung" auf eine Melancholie hin, während ich den „Beachtungs und Verfolgungswahn" nicht über die Bedeutung hinausgehend finde, die ihnen bei der Melancholie zukommt.

8—14. Sieben Fälle von „acuter recurrirender Verrücktheit", „Paranoia acuta (im Sinne Amentia Meynerti) recurrens" (publicirt von Greidenberg [5]). Die sieben Fälle haben sämmtlich einen sehr ähnlichen Verlauf: 2—5 schnell einsetzende und schnell sich lösende Anfälle, die 1—4 Wochen dauerten und durch 1—3 Wochen währende völlig freie Intervalle geschieden waren. Ich kann keinen der sieben Fälle zur periodischen Paranoia rechnen, verzichte darum auf eine ausführliche Beschreibung und gebe zur Charakterisirung der Psychosen folgende Zustandsbilder nur aus den drei ersten Fällen wörtlich nach Greidenberg wieder.

Fall I von Greidenberg: „. . . Patient bietet das Bild des acuten maniakalischen Wahnsinns, ist in einer fast continuirlichen Bewegung und Aufregung, spricht viel und laut, bezeigt Lust zur Zerstörung, vorgelegte Fragen beantwortet er ohne Sinn, mit dummem Lächeln; das Bewusstsein verwirrt, Sinnestäuschungen nicht zu bemerken; sehr incohärentes Delirium . . ."

Fall II von Greidenberg: „. . . . Patient befand sich in beständiger Aufregung, verbunden mit heftigem Bewegungsdrang, sprach sehr viel, riss seine Wäsche und Kleider, vernichtete alles, was er in die Hände bekam; Appetit und Schlaf mangelhaft, Unreinlichkeit. Das Bewusstsein war während der ganzen Zeit verdunkelt, die Sinnestäuschungen, wenn sie wirklich bestanden, waren sehr unbedeutend, das Delirium dafür aber um so zusammengesetzter und verwirrter . . ."

Fall III von Greidenberg: Aus dem ersten Anfall: „. . . Acutes maniakalisches Irresein. Patientin ist aufgeregt, furchtsam, fürchtet alles und jedes, Bewusstsein verdunkelt, weiss nicht, wo sie sich befindet, sieht die umgebenden Personen für Verwandte an und ruft sie mit deren Namen; die Sprache unsinnig, reiche Gesichtshallucinationen und Illusionen, incohärentes Delirium . . . ." — Der zweite Anfall gleich dem ersten. — Aus dem dritten Anfall: „. . . . Patient ist deprimirt, weint, spricht mit sich selbst, zu der Umgebung gleichgültig, verweigert das Essen . . . ."

Wenn Greidenberg die Bezeichnungen Paranoia acuta und Amentia Meynerti als Synonyma gebraucht, so ergiebt sich schon daraus, dass seine als recurrirende Paranoien diagnosticirten Erkrankungen nicht als solche von uns anerkannt werden können. Denn mag man die Amenz umgrenzen wie man will, stets wird es sich bei ihr um eine mehr oder weniger starke Verwirrtheit handeln. Ebenso wie für die chronische, muss man natürlich auch für die acute und periodische Paranoia die Forderung aufstellen, dass die Besonnenheit in vollem Umfang erhalten bleiben muss. Vermag ich demnach ein Krankheitsbild,

Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

das man auch Amentia nennen kann, nimmermehr zur Paranoia zu rechnen, so führt die Beschreibung, die Greidenberg selbst giebt, zu derselben Ansicht. Ein Kranker, „der das Bild des acuten maniakalischen Wahnsinns bietet, der in einer fast continuirlichen Bewegung und Aufregung ist, der viel und laut spricht, der Lust zur Zerstörung bezeigt, vorgelegte Fragen ohne Sinn mit dummem Lächeln beantwortet, dessen Bewusstsein verwirrt ist, der incohärent delirirt", ist kein Paranoiker — dessen Denken, Wollen und Handeln vollkommen klar und geordnet sein soll. Dahingestellt sein lassen will ich, welche der Greidenberg'schen Krankheitsbilder als periodische Maniae graves, welche als periodische Amenzen aufzufassen sind.

15. „Periodische acute einfache Paranoia" (publ. von Ziehen [7]). — 40jähriger Mann. Der Vater starb an den Folgen einer Wirbelsäulenverletzung, jedoch erst 7—8 Jahre nach dem Trauma; der Kranke ist nach dem Trauma gezeugt worden. Ein Bruder soll in jeder Beziehung resistenzlos sein. Ein Kind des Patienten ist körperlich zurückgeblieben und gedächtnissschwach. Gegen Tabak und Alkohol war Patient stets absolut resistenzlos.

„Seit dem Jahre 1889[1]) traten periodische Anfälle auf. Sie begannen meist um Ostern und hielten 4—6 Wochen an. Einige Male schob sich auch ein Zwischenanfall im Herbst ein. Der Anfall beginnt meist mit gastrointestinalen Störungen. Alsdann stellen sich Wahnvorstellungen und Affectstörungen ein. Die Wahnvorstellungen sind verfolgenden Inhalts und kehren sich ausschliesslich gegen seine Frau." Der Inhalt wechselte in den einzelnen Anfällen. „In einem Anfall trat der Wahn ehelicher Untreue auf, in dem andern behauptet er gewöhnlich, seine Frau stecke heimlich Geld weg und wolle ihn vergiften, weil er ihr früher einmal vorgeworfen habe, dass sie nichts in die Ehe eingebracht. Die Affectstörung besteht ausschliesslich, abgesehen von einem intensiven Misstrauen, in einer gesteigerten Zornmüthigkeit. Letztere läuft in den meisten Anfällen den Wahnvorstellungen parallel und wird im Einzelnen ganz durch sie bestimmt. Sie richtet sich dementsprechend fast ausschliesslich gegen seine Frau. Krankhafte Heiterkeit oder Traurigkeit oder Angstaffecte sind niemals vorgekommen. Die Ideenassociation ist weder beschleunigt noch verlangsamt. Krankheitsbewusstsein für die Wahnvorstellungen fehlt im Anfall vollständig. Hallucinationen, Illusionen und illusionäre Auslegungen haben sich auch bei genauesten Fragen und Erkundigungen nicht nachweisen lassen. Die Handlungen des Kranken sind während des Anfalls ganz durch seine Wahnvorstellungen bestimmt. Mehrfach hat er seine Frau im Anfall bedroht und geschlagen. Der Anfall setzt so plötzlich ein, dass der Kranke und seine Angehörigen den Tag bestimmt angeben können. Auch der Schluss tritt sehr brüsk ein. Das Abklingen vollzieht sich meist in

1) d. h. seit 9 Jahren.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2—3 Tagen. Amnesie besteht nicht. Der Kranke erinnert sich aller Einzelheiten. Er fühlt sich nur nach dem Anfall einige Tage sehr erschöpft". Keine reactive Hyperthymie. — Ausserhalb des Anfalls bietet der Patient keine erkennbaren Störungen. Für die Anfälle und besonders die Wahnvorstellungen bekundet er ein vollständiges Krankheitsbewusstsein.

Fall 15 ist der, der Ziehen den Anlass zur Aufstellung einer periodischen acuten einfachen Paranoia gegeben hat. Vorweg möchte ich nehmen, dass das Beiwort „acut" in der Bezeichnung als Pleonasmus wohl besser zu streichen wäre. — Auch diesen Fall habe ich zunächst versucht, dem manisch-depressiven Irresein einzureihen. Ziehen selbst betont ausdrücklich, dass neben den Wahnvorstellungen sich auch von Anbeginn Affectstörungen einstellten. Wahnvorstellungen treten zwar, wie schon mehrfach hervorgehoben ist, beim manisch-depressiven Irresein nichts weniger als selten auf; demgegenüber prävaliren jedoch im Krankheitsbilde die Intellectstörungen derart und fehlen alle sonstigen Elementarsymptome des manisch-depressiven Irreseins, dass dies in ernste differentialdiagnostische Erwägungen schlechterdings nicht gezogen werden kann. Ebenso liegt kein Anhaltspunkt vor, einen Mischzustand anzunehmen. Wollte man auch diesen Fall dem manisch-depressiven Irresein zusprechen, so müsste man den Thatsachen Gewalt anthun. — Viel eher erinnert die Beschreibung Ziehen's an ein von Kraepelin bei Alkoholikern beschriebenes Krankheitsbild, den Eifersuchtswahn der Trinker. Wenn Hallucinationen und Illusionen bei dem Kranken fehlten, so ist dem zu entgegnen, dass diese auch bei dem Eifersuchtswahn der Trinker kein unerlässliches Symptom bilden. Andererseits spielt aber der Alkohol in der Vorgeschichte des Kranken nur eine geringe Rolle. Ziehen berichtet zwar in der Anamnese, „gegen Alkohol war er stets absolut resistenzlos. Schon bei kleineren Dosen trat starkes Zittern und Herzklopfen ein. Zeitweilig bestand früher auch ein Flimmern um das rechte Auge (wahrscheinlich also fibrilläres Zittern im M. orbicularis oculi)" und sagt im Status: „Die Zunge ist stark belegt. Hände und Zunge zittern bei dem Vorstrecken etwas"; doch genügen diese Angaben nicht, um eine chronische Alkoholintoxication wahrscheinlich zu machen, um so weniger, als Ziehen an diese Möglichkeit garnicht gedacht zu haben scheint. Wenn andererseits auffällt, dass einige Symptome fehlen, die wir sonst kaum im Krankheitsbilde der Paranoia vermissen, wie der Beachtungs- und Beziehungswahn, die fehlerhafte Eigenbeziehung; wenn ferner der acute Beginn wenig für Verrücktheit spricht; und wenn wir darum jeden Zweifel in die Diagnose einer periodischen Paranoia nicht unterdrücken

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

können: so haben wir gleichwohl noch kein Recht, uns mit Bestimmtheit gegen diese Diagnose zu erklären.

16. „Periodische acute Paranoia simplex“ (publ. von Bechterew (8). — 52jährige Beamtenfrau. Vater (wie die Verwandtschaft fast ausnahmslos) starb an Schlag. Patientin hatte drei Anfälle mit völlig freien Intervallen: I. Anfall vom December 1888 bis April 1889. — II. Anfall vom August 1890 bis März 1891. — III. Anfall vom October 1891 bis Februar 1892. — In den beiden ersten Anfällen trat die Beruhigung verhältnissmässig schnell nach einem Erysipel ein. Sonst kamen und schwanden die Krankheitserscheinungen allmählich.

I. Anfall: Misstrauen, Verdacht gegen ihre Umgebung. Patientin fürchtete Gift. Grosse Reizbarkeit, Selbstbewusstsein ständig gesteigert. Patientin gab andern Kranken dauernd Rathschläge, forderte sie zum Essen und Trinken auf, klagte über Ungerechtigkeiten in der Behandlung, beschwerte sich über Wärterinnen u. s. f. Nach dem Schwinden eines Erysipels war Patientin völlig ruhig, liess sich mit den Kranken in keinerlei Unterhaltung ein, beschäftigte sich hin und wieder mit einer Arbeit, meist jedoch lag sie zu Bett, wobei sie über Schwäche klagte.

Der II. und III. Anfall verliefen einander ähnlich: „Patientin hegte Misstrauen gegen ihre Umgebung und ihre nächsten Verwandten, ja zu Zeiten hat sie den Verdacht, ihr Gatte trachte ihr nach dem Leben. Ueberhaupt ist sie mit ihrer Umgebung unzufrieden, auch in der Anstalt, beschuldigt die Angestellten der Pflichtvergessenheit gegenüber den Kranken u. s. w. Zugleich werden in ihrem Wahne deutlich Grössenideen wahrnehmbar. Sie hält sich für begabt, talentvoll, sie vermag, ihren eigenen Worten zufolge, „in Russland viel Nutzen zu stiften“. Sie macht verschiedene Projecte und richtet dieselben an den Grafen Scheremetjew, dessen Güter ihr Mann verwaltet, und sogar an den Kaiser selbst. Auch spricht sie sich andern Personen gegenüber über ihre Pläne aus. Alle ihre Pläne bezwecken das Wohl der russischen Nation. Speciell bestehen ihre Projecte in auffallenden Gedanken darüber, wie der Versandung der Ströme abzuhelfen wäre; es sollen Schleusen am Meer angelegt werden, neue Flussbetten und Kanäle längs den gefährdeten Strömen durchstochen und mit dem Oberlauf der letzteren verbunden werden. In solchen Kanälen würde das Wasser nach der entgegengesetzten Richtung strömen und den Wasserverlust der Flüsse ersetzen. Ebenso phantastisch und albern ist ihr zunächst an kleinen Flüssen versuchsweise durchzuführendes Project über Anlage von Röhren quer durch den Fluss und Füllung derselben mit ölgetränkten Steinen, welche angezündet das Rohr erhitzen, das Wasser zum Sieden und zu umgekehrter Strömung bringen sollen. Zu erwähnen sind hier ferner die Vorschläge der Kranken, gegen das Zufrieren der Flüsse ununterbrochene Dampfschifffahrten auf denselben zu veranstalten, sodann ihre Ideen über Veränderung des russischen und sibirischen Klimas mittelst der Dampfschiffwärme oder gar durch Beeinflussung der Sonne. Sie will weiterhin einen Luftballon aus Schwanenfedern machen und glaubt, der Mensch brauche

Generated on 2019-02-17 16:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

nicht zu sterben, sondern man könne Sterbende wieder ins Leben zurückrufen u. s. f. Diese Wahnideen äussert die Kranke mit gesteigertem Selbstbewusstsein, sie betrachtet alles mit grosser Selbstüberschätzung; ist zeitweise mehr oder weniger psychisch exaltirt, besonders wenn ihre Ideen Widerspruch finden; zu andern Zeiten erfasst sie eine abnorm heitere Gemüthsstimmung. Illusionen und Hallucinationen dagegen hat die Kranke verhältnissmässig selten. Nur episodisch von Zeit zu Zeit stellen sich bald optische, bald acustische Sinnestäuschungen bei ihr ein."

Zur näheren Charakteristik der Psychose seien folgende Stellen aus der genauen Krankheitsgeschichte wiedergegeben:

„Zerschlägt Abends mit der in ein Tuch gehüllten Hand die Fensterscheiben, lacht dabei und schreit, sie ersticke, und öffentliches Gut bedürfe keiner Schonung."

„Beklagt sich fortwährend über das Dienstpersonal."

„Bei ihren Erzählungen schweift sie gewöhnlich stark ab und ergeht sich in Nebendingen. Von ihren Fähigkeiten hat Patientin sehr hohe Begriffe, sie kenne ein Mittel, Tote lebendig zu machen, man brauche den Toten nur auf die linke Seite zu legen, damit er sofort zum Leben erwache."

„Sehr zänkisch, tritt manchmal für andere Kranke ein, denen nach ihrer Ansicht Unrecht geschieht; singt, läuft mit geschürzten Röcken durch die Säle, wälzt sich mit lautem Gelächter am Boden, verdirbt die anderen Kranken, die sie gegen Arzt und Wartepersonal aufreizt und beredet, bald dies, bald jenes zu verlangen und überhaupt die Wünsche spielen zu lassen."

„Betragen bald besser, bald schlechter. Schläft wenig, klagt über schlechte Ernährung. Behauptet, sie habe Fieber, Rheumatismus, Hals- und Bauchschmerzen. Mit dem Arzte ist sie höflich und sogar kriechend. Mit den Kranken und dem Wartepersonal hat sie häufig Streit."

„Während der Dauer ihres (dritten) Aufenthaltes in der Anstalt beschwerte sich die Kranke fast beständig über Wärterinnen und Aufseherinnen, von welchen sie und die übrigen Kranken schlecht behandelt würden. Sie befindet sich fast immer im Isolirraume, da sie mehrere der Kranken schlecht beeinflusst, sie zu Unarten, Lärm, Ungehorsam antreibt und an allen Ungehörigkeiten sich activ betheiligt. Manchmal wendet sie sich an den Arzt in vollem Ernst mit der Bitte um Heilung und beginnt gleich darauf zu springen und zu schreien."

Bechterew selbst schliesst bei seiner Kranken, deren Krankheitsbeschreibung ich ziemlich ausführlich wiedergegeben habe, periodische hallucinatorische Paranoia, maniakalische Erregungszustände und chronische Paranoia mit Exacerbationen aus, er hält den Fall für Paranoia simplex. Der Wahn entwickle sich als primäre Erscheinung und sei begründet durch Defecte der logischen Beanlagung und durch solche in der Beurtheilung der umgebenden Dinge; er zeichne sich aus durch eine gewisse Folgerichtigkeit und sogar durch eine gewisse systematische Zusammengehörigkeit der Ideen; überdies handele es sich inhaltlich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gleichzeitig um Verfolgungs- und Grössenideen. — Ich kann mich dieser Argumentation nicht anschliessen. Seine Kranke brachte wohl zahlreiche Ideen vor und entwickelte Pläne zur Beglückung der Mitmenschheit; doch müssen alle Mittel zu deren Verwirklichung ausserordentlich ungeeignet, geradezu verkehrt und unmöglich genannt werden; keiner ihrer Pläne bewegt sich auf dem Boden der Wirklichkeit. Es sind luftige Wahngebilde. Von fixirten Wahnideen kann man darum nicht gut reden, noch weniger davon, dass die Wahnideen zu einem fixirten System verknüpft waren. Ebenso wenig ist etwas von jenem Egocentrismus zu bemerken, der für Paranoia so kennzeichnend ist. Patientin schwatzt zwar, als ob sie selbst die Pläne ausführen wolle, aber eine Verrückung des Ichstandpunktes liegt nicht vor. Viel auffallender im Krankheitsbilde erscheint mir die dauernd heiter gehobene Stimmung, der Rededrang, die Ideenflucht, die leichte motorische Erregung, die sich mitunter zu Umherlaufen mit geschürzten Röcken, zu Wälzen auf dem Boden, zum Zerschlagen von Fensterscheiben, zu Schreien und Springen steigert. Weiterhin fällt der degenerative Zug der Psychose auf: Die Sucht, sich bei den Aerzten beliebt zu machen, Kranke und Pflegepersonal gegen einander und unter einander aufzuhetzen, ihre unaufhörlichen unbegründeten Klagen, ihre vorgetäuschten Krankheitsbeschwerden. Ich vermag darum der Diagnose Paranoia nicht beizutreten. — Eine Diagnose zu stellen, ohne den Kranken gesehen zu haben, ist meist ein missliches Ding; in diesem Falle jedoch glaube ich genügend Anhalt dafür zu haben. Es handelt sich um drei manische Anfälle, dem ersten manischen Anfall folgte eine leichte depressive Verstimmung. Die Manie bietet ausserordentlich viel degenerative Züge, was meines Erachtens jedoch die Diagnose nur unterstützen kann. Denn degeneratives Irresein s. str., Hysterie, manisch-depressives Irresein und auch Paranoia (im Sinne Kraepelin's, Magnan's) erwachsen auf dem Boden der Degeneration, und es ist darum nicht verwunderlich, dass sich bei der einen Psychose Züge der anderen finden. In der Krankheitsgeschichte werden auch hysterische Anfälle erwähnt. Alles zusammengenommen, trage ich kein Bedenken, den Bechterew'schen Fall als manisch-depressives Irresein aufzufassen, bei dem die Neigung der Manischen zum Plänemachen sich in Bildung eigenartiger phantastischer, beinahe wahnartiger Beglückungspläne documentirt.

Die Ideen, die Bechterew als Verfolgungswahn deutet, kann ich gleichfalls nicht so auffassen. Ich vermisse den typischen Beziehungs- und Beachtungswahn. Ideen, wie die Kranke sie äussert, dass die Angehörigen sie verfolgten, kann man öfters von Geisteskranken verschie-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dener Art hören, die ob ihrer Krankheit von ihren Angehörigen in ihren Entschliessungen und Bewegungen gehindert und gelenkt werden.

17. „Periodische Paranoia“ [publ. v. Skierlo (9)]. — 64 jähriger Färbermeister, der innerhalb 40 Jahren 16 Anfälle von 2 Wochen bis 5 Monate langer Dauer gehabt hat. Es bestanden allemal Hallucinationen verschiedener Sinnesgebiete, infolge (?) dieser Hallucinationen kam es vielfach zu starker Erregung, Nahrungsverweigerung. Daneben bestanden Verfolgungs- und ganz ungeheuerliche Grössenideen. Einmal heisst es: „Er sah sich von Feinden umgeben, schrie und lärmte, griff wiederholt seine Mitkranken, in dem Wahne, dass es bedrohliche Feinde seien, thätlich an . . . Er rühmte sich, alle möglichen Krankheiten, auch alle Formen des Wahnsinns durchgemacht, die ganze Erde vom Nordpol bis zum Südpol durchkrochen, Franklin aufgesucht zu haben. Gelegentlich liess er hören, er sei Christus, er sei Gott, habe alle Wunder gethan, sei gekreuzigt, habe Tonnen von Schwefelsäure und Blausäure ohne Schaden getrunken, er sei die wichtigste, politische Persönlichkeit und werde deswegen von allen Fürsten und allen Völkern Europas verfolgt, in seiner Umgebung gebe es einen Judas Ischariot, den er erdolchen müsse“. Ein anderes Mal: „Er sang Militärmärsche, kommandirte mit Stentorstimme: Legt an! Feuer! Vorwärts marsch! Alle Truppen vor! u. dgl. . . . Er sah brennende Cigarren durch das Fenster in sein Zimmer geworfen werden, goss deswegen Urin gegen das Fenster u. s. f.“

Nach Skierlo's trefflicher Krankheitsbeschreibung, die ich nur angedeutet wiedergegeben habe, unterliegt es keinem Zweifel, dass sein Fall nicht zur Paranoia gerechnet werden darf. Wenn Skierlo es thut, so liegt es offenbar daran, dass er unter acuter hallucinatorischer Paranoia das von Mendel-Werner-Ziehen gezeichnete Krankheitsbild versteht. Eine zweite und offene Frage mag die bleiben, ob hier überhaupt eine periodische hallucinatorische Störung, etwa eine periodische Hallucinose, oder vielmehr, entgegen Skierlo's Räsonnement, eine periodische Manie vorliegt.

Bleuler (12) hat elf Krankheitsgeschichten unter der Diagnose „periodischer Wahnsinn“ veröffentlicht. Ich zweifle nicht, dass Greidenberg, Kausch, Bechterew, Skierlo die meisten der Fälle als periodische Paranoia bezeichnen würden. Bleuler selbst fasst seine Fälle als hallucinatorische und paranoide Wahnsinnsformen auf. Er sagt, diese Wahnsinnsformen stellten Einzelfälle des manisch-depressiven Irreseins dar und seien den manischen oder melancholischen Anfällen dieser Krankheit gleichwerthig. Für die Mehrzahl der von ihnen mitgetheilten Krankheitsgeschichten ist die Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein so stark begründet, dass ich nur die drei wiedergebe, bei denen Zweifel berechtigt erscheinen, ob sie nicht doch zur Paranoia zu rechnen sind.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

18. „Periodischer Wahnsinn“ [publ. v. Bleuler (12)]. — „Schneiderin, geb. 1839. Grossvater mütterlicherseits im Alter geisteskrank. — 1864 melancholische Verstimmung. 1869 erster, etwa ein halbes Jahr dauernder Anfall von hallucinatorischem Irresein, theils mit Gewaltthätigkeiten und gehobener Stimmung, theils mit melancholischem Charakter. — 1876 bis in die achtziger Jahre, fast regelmässig anschliessend an die Menstruation, ein deliriöser Anfall; Schlaflosigkeit, Gesichtshallucinationen zusammenhängender Scenen; bald namenlose Angst, bald Gereiztheit, bald gehobene Stimmung, daneben Beziehungswahn. Nach und nach lösten sich die Anfälle ganz von der Menstruation ab, sie wurden länger, aber seltener, 2—3 im Jahre von 2—3 Monaten Dauer. Schon von Anfang an neben den hallucinosen Zuständen falsche Deutung der Umgebung im feindlichen Sinne. Nach und nach wurde dieses Symptom häufiger; viele Anfälle — die meisten der letzten Jahre — verliefen fast ohne Hallucinationen nur in paranoider Form. Stimmung immer entsprechend den Hallucinationen. Dann und wann, namentlich in den früheren Stadien, Zeichen von melancholischer Hemmung und Depression oder von manischer Ideenflucht, Bewegungsdrang, gehobene Stimmung. — In den Intervallen vollständig arbeitsfähig, einsilbig, wenn auch etwas geziert und süsslich“.

19. „Periodischer Wahnsinn“ [publ. v. Bleuler (12)]. — Landwirth, geb. 1852. Zwei Tanten und eine Schwester mütterlicherseits geisteskrank; eine Schwester geisteskrank. — „Von jeher etwas sonderbar. 1867, acht Monate, tobsüchtiger Anfall; geheilt. 1873 vier Monate lang „melancholisch“. Geheilt. Ende 1880 hatte Patient das väterliche Haus in Brand zu stecken versucht und sich einen Stich in die Herzgegend beigebracht. Seitdem nun eine ganze Anzahl von Anfällen, die meist eingeleitet werden durch ein leichtes, melancholisches Stadium mit brutalen Selbstmordversuchen, manchmal auch durch eine auffallende Neigung zum Lachen. Dann tauchen die Wahnideen aus den früheren Anfällen wieder auf; hierauf kommt ein Stadium von mehreren Wochen oder Monaten Dauer, in welchem das Bild von Hallucinationen beherrscht und der Kranke ungemein gewaltthätig ist. Zum Theil intercurrent zwischen den Aufregungen, dann aber namentlich nachher, Monate, sogar 1—2 Jahre lang, treten die Hallucinationen ganz zurück. Patient fühlt sich als Vorkämpfer der protestantischen Kirche, schreibt eine Kirchenverfassung und Geschichtsphilosophie, treibt Politik, macht allen Behörden Vorschriften, legt mit grossem Scharfsinn die Bibel aus u. s. w. Die Krankheit ist dann sehr schwer von einer typischen Paranoia zu unterscheiden. In einigen der ruhigen Zwischenzeiten, bleiben diese Wahnideen, wenn sie auch verheimlicht werden, in anderen erscheint der Kranke vollständig gesund, sehr thätig, arbeitet sich mit aussergewöhnlichem Geschick in die verschiedensten Berufe hinein (Dreher, Mechaniker, Gärtner u. s. w.) — Die Uebergänge zum Schlimmen, wie zum Guten, sind oft recht plötzlich. — In früheren Anfällen soll Patient manchmal etwas benommen gewesen sein, seit 1886 nicht mehr.

Die Erinnerung an die Anfälle ist eine gute. Gelegentlich zeigten sich Andeutungen des manischen oder melancholischen Symptomcomplexes, am

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deutlichsten im Sinne der Kraepelin'schen Mischfälle: Hemmung, Euphorie und motorische Aufregung.[1])"

Fall 18 bot zuerst melancholische Zustände, nach und nach traten neue Symptome dazu, während andere Symptome sich verloren; es kam zu falscher Deutung der Umgebung in feindlichem Sinne und zu Beziehungswahn, so dass die Anfälle schliesslich fast nur in paranoider Form verliefen. Bei dem Fall 19 bietet jeder Anfall nacheinander ein melancholisches Stadium, dann eine durch Hallucinationen beherrschte Periode und endlich ein längeres paranoides Stadium, in diesem letzten ist die Krankheit schwer von typischer Paranoia zu unterscheiden. — Stellt man sich, wie das Kraepelin mit Recht verlangt, auf den Standpunkt, dass für die Diagnose lediglich der Gesammtverlauf der Psychose maassgebend sein kann, so rechtfertigt die Thatsache, dass bei beiden Erkrankungen die Merkmale des manisch-depressiven Irreseins — die Zeichen von melancholischer Hemmung und Depression oder von manischer Ideenflucht, Bewegungsdrang und gehobener Stimmung — nie ganz fehlten, dagegen oft das Krankheitsbild bildeten, die Bleuler'sche Diagnose. Die Beschreibungen Bleuler's sind leider etwas kurz und alles in allem sind seine Angaben nicht erschöpfend genug, um dem Leser eine sichere eigene Meinung zu ermöglichen. Wenn darum zugegeben werden muss, dass wenigstens im Fall 18 die Bedenken gegen die Diagnose des manisch-depressiven Irreseins nicht ganz beseitigt sind, so ist doch auch die Annahme einer periodischen Paranoia durch nichts begründet. Der Beziehungswahn allein macht keine Paranoia. Zu Beziehungswahn und falscher Deutung der Umgebung kommt es, sobald aus irgend einem Grunde die Kritikfähigkeit des Kranken leidet. Und andererseits Hallucinationen sprechen eher gegen als für die Diagnose einer Paranoia. — Viel sicherer ist demgegenüber die Diagnose bei dem Kranken 19. Gerade die Angaben, dass der Kranke sich als Vorkämpfer der Kirche fühlte und die Bibel auslegte, scheinen mir zum mindesten ebenso für Manie als für Paranoia zu sprechen. Ich habe wiederholt Kranke mit den ausgesprochenen Symptomen der klassischen Manie gesehen, die der manische Beschäftigungsdrang ähnliche Wege einschlagen liess.

20. „Periodischer Wahnsinn" (publ. von Bleuler [12]). Schreiner und Glaser, geboren 1854. Vater und ein Bruder Potator, Mutter schwermüthig. — In der Jugend geistig und körperlich etwas schwächlich. Vor dem 12. Jahre Masturbant. Lief vor Beendigung der Lehrzeit fort, hielt es nirgends lange aus, meist wegen Trunksucht fortgeschickt. Will ausserehelich

1) Gedankenarme Manie.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wenig mit Frauen verkehrt haben, hat mehrmals, zum Theil in angetrunkenem Zustande, kleine Mädchen missbraucht, einmal auch eine Hündin, 1885 deshalb Zuchthaus. Dort fand er in allen gleichgültigen Vorkommnissen „Zeichen", die ihm sagten, er müsse mit einem bestimmten Mädchen in der Strafanstalt coitiren und sie dann heirathen, sonst werde er geköpft.

Nach der Entlassung aus dem Zuchthaus 1888 lief er im Rausch von weither mehrmals in die Strafanstalt, um das Mädchen heraus zu verlangen. — Nun ca. $^1/_2$ Jahr lang Trinkerleben, währenddessen er mehrmals tagelang andauernde Thiervisionen hatte. Dann Abstinent, verzichtete auch auf die Onanie, besserte sich rasch, heirathete 1889; übernahm ein eigenes Geschäft, das er in die Höhe brachte. Ueberhaupt war Abnormes an ihm nicht zu finden. 1898 kamen die „Zeichen" wieder. Patient fing an zu trinken, lief in angetrunkenem Zustand mehrmals in die weitentfernte Strafanstalt, um das Mädchen herauszuverlangen. Die Zeichen sagten ihm, dass sie anderswo sei. Schliesslich 11. November 1898 machte er ein Attentat auf eine Unbekannte, die er für ihn bestimmt hielt, am 12. März 1899 kam er in die Anstalt. Daselbst vollständig orientirt, erzählte ruhig und geordnet, sah aber überall die Zeichen, meinte, das Mädchen sei im Verwaltungsbureau; dann und wann stärker aufgeregt, wurde gewaltthätig, weil man ihn nicht zu dem Mädchen gehen liess, zog seine Genitalien aus den Hosen, wollte sogar die Aerzte missbrauchen. Im October 1899 rasche Besserung, volle Einsicht, Heilung. — Bewegungsdrang wie Hemmung der Motilität fehlte; am Gedankengang war nur das auffallend, dass Patient auf der Höhe der Krankheit in keiner Weise ablenkbar war und Gegenvorstellungen spurlos an ihm vorübergingen. Zu den paranoiden Wahnvorstellungen kam noch die melancholische, dass er meinte, er werde geköpft, wenn er das Mädchen nicht brauche."

Bei Fall 20 vermisst Bleuler selbst die deutlichen Zeichen des manisch-depressiven Irreseins. Hier spielt der Alkohol eine derartige complicirende Rolle, dass ich den Fall zu den alkoholischen Störungen rechnen möchte (Kraepelin's Schwachsinn der Trinker?).

21. „Periodische Paranoia" (publ. von Gierlich) [14]. 50jähriger hoher Regierungsbeamter. — Vater und Mutter hochgradig nervös. In der Familie des Vaters zwei Fälle von Geistesstörung. — Patient mässig begabt, aber sehr ehrgeizig; von jeher ermüdbar und leicht erregbar, alkoholirresistent.

Seit Mitte October 1895 nach längerer anstrengender Dienstreise bietet Patient die Zeichen der nervösen Erschöpfung. Dazu kommt bei correctem Benehmen und ohne sichtbare Stimmungsanomalie Misstrauen gegen seine Umgebung. Januar 1896 äussert er zum ersten Mal Wahnideen zu seiner Frau: „Er glaubte, missliebig geworden zu sein und man wolle ihn aus seiner Stellung verdrängen, während thatsächlich das Gegentheil der Fall ist. Zudem habe er zu seinem Unglück die Gattin eines Collegen, und zwar desjenigen, der ihm in der Beförderung vorgezogen wurde, compromittirt. Er habe sie vor einigen Wochen in einer Gesellschaft, obwohl unbeabsichtigt, lange Zeit an-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geschaut; das sei bemerkt worden und nun habe er die Frau blossgestellt und sich unmöglich gemacht. Der Gatte der Dame, der sich nach und nach mit einem ganzen Complott umgiebt, wolle ihn nun aus der Stadt und Stellung vertreiben und vernichten. Patient macht der betreffenden Dame einen Besuch, um ihre Verzeihung zu erbitten. Diese weiss natürlich gar nicht, was er will. Dann reicht er zwei Mal sein Abschiedsgesuch ein, was beide Male vom Präsidenten in huldvollster Weise nicht bewilligt wird. Zu guterletzt erklärt er seiner Frau, dass er nicht mehr mit ihr leben könne, da er auch sie compromittirt habe, er müsse ihr Genugthuung verschaffen und die Scheidung einleiten.

Status: Patient steckt ganz in seinen Wahnideen drin, äussert dieselben in obiger Form mit grosser Lebhaftigkeit. Er müsse in's Ausland, die Polizei könne jeden Augenblick kommen, ihn zu verhaften. Ein ganzes Heer von Widersachern sei an der Arbeit gegen ihn, auch seine Frau sei jetzt im Complott. Dabei ist Patient über Zeit, Ort und Umgebung vollständig orientirt. Krankhafte Heiterkeit oder depressive Stimmung und psychomotorische Hemmung ist nie beobachtet, besteht auch jetzt nicht. Die einzige Stimmungsanomalie ist neben starkem Misstrauen eine grosse Zornmüthigkeit. Letztere steht in directer Parallele zu den Wahnideen und ist ganz durch dieselben bedingt. Für Hallucinationen und Illusionen fehlt jedes Anzeichen.

Der Zustand blieb noch 9 Tage auf dieser Höhe. Patient hat absolut kein Krankheitsbewusstsein für seine Wahnvorstellungen. Hallucinationen und Illusionen sind trotz peinlichster Forschung und Beobachtung in dieser Richtung nicht zu ermitteln. Dann geht der ganze bedrohliche Zustand ziemlich brüsk zurück. Patient lässt über die eine oder andere Wahnvorstellung mit sich reden, er fängt wenigstens an zu discutiren, die Zornmütigkeit lässt nach, und nach weiteren 3—4 Tagen zeigt Patient völlige Krankheitseinsicht, zugleich mit dem Eintreffen eines liebenswürdigen Briefes von Seiten des Präsidenten. Patient ist sich des Wahnhaften seiner Ideen voll bewusst, er erinnert sich aller Einzelheiten. Amnesie besteht nicht. Er selbst weiss nicht, wie er zu diesen wahnhaften Annahmen gekommen ist; auch jetzt finden sich für Hallucinationen und Illusionen während des Anfalls keine Anhaltspunkte."

Im Herbst 1896 nach der üblichen Dienstreise trat ein zweiter ganz ähnlicher Anfall auf, ebenso im Herbst 1897. Den Sommer 1898 verbrachte Patient im Gebirge, der Anfall im Herbst blieb aus.

1900 starb Patient an Carcinom.

22. „Periodische Paranoia" (publ. v. Gierlich) [14]. 35jähriger Kaufmann. — Vater litt an chronischer constitutioneller Verstimmung mit Zwangsideen. Zwei Vaterbrüder hochgradig nervös. Eine Schwester des Patienten hysterisch. — Patient war mässig begabt, gegen Alkohol wenig resistent.

Nach anstrengender geschäftlicher Thätigkeit klagte Patient 1896 viel über „Kopfdruck, Mangel an Appetit, Verstopfung und war sehr leicht erregbar und gereizt, hastig und unruhig. Er kam dann seiner Frau nicht mehr mit der gewohnten Offenheit entgegen, hielt sich zurück, wurde still und in sich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verschlossen. Vor 10 Tagen überschüttete Patient seine Frau unvermittelt mit den heftigsten Eifersuchts- und Beeinträchtigungsideen. Die Frau vernachlässige ihn, absichtlich und bewusst mache sie Alles falsch, halte es mit andern Männern, ziehe Jeden ihm vor, sei seiner überdrüssig, wolle ihn aus dem Leben schaffen, es gehe ihr nur um sein Geld, deshalb habe sie ihn geheiratet. Patient ist seinen Wahnideen entsprechend auf's Gröbste verletzend gegen seine Frau, überhäuft sie mit den heftigsten Vorwürfen, sie habe nie Neigung zu ihm gehabt, ihn nur des Geldes wegen geheiratet etc. Kein Bitten und Flehen der Frau hilft. Patient ist äusserst zornmütiger Stimmung und namentlich Widerspruch reizt ihn auf's Heftigste. Er spuckt vor seiner Frau achselzuckend aus, kehrt sich nicht an anwesende Damen und Herren. Einmal kam es zu Thätlichkeiten, so dass die Frau in steter Angst lebt und einige Mal Nachts zu ihren Verwandten fliehen musste. Die Mahlzeiten nimmt Patient ausser dem Hause, isst er zu Hause, so zwingt er die Frau, vor seinen Augen Alles zu kosten.

Status. Patient ist voll beherrscht von seinen Eifersuchtsideen gegen seine Frau, keiner Einsicht zugängig, äussert dieselben im obigen Umfange lebhaft und ist aufs Aeusserste gereizt. Als die Frau versuchen will, ihn zu überzeugen, wehrt er sie unsanft ab und spuckt ihr aufs Kleid. Dabei ist Patient über Ort, Zeit, Personen, Umgebung aufs beste orientirt. Er benimmt sich, abgesehen von seinen Wahnideen, völlig geordnet. Von Hallucinationen oder illusionären Auslegungen ist nichts zu ermitteln und wahrzunehmen. Eine Aenderung der Stimmungslage in abnorme Heiterkeit oder Traurigkeit besteht nicht, kam auch nie zur Beobachtung. Von Alkoholismus ist keine Rede.

Acht Tage blieb der Zustand noch auf dieser Höhe, dann wurde Patient ruhiger im Aeussern seiner Wahnideen. Er liess sich über dieselben wenigstens in einen Disput ein und verhielt sich nicht mehr so absolut ablehnend. In ca. 3—4 Tagen trat dann völlige Krankheitseinsicht ein. Er sieht das Wahnhafte jetzt ein, schämt sich furchtbar seines Benehmens, weiss nicht, was ihn zu diesen Ideen getrieben hat, und sucht nach Kräften sein Unrecht gegen seine Frau gut zu machen.

Drei ganz ähnliche Anfälle mit ähnlichen Erscheinungen traten noch in in den Jahren 1897, 1899 und 1901 auf, alle Mal nach anstrengender Thätigkeit, während sich Patient in den Jahren 1898, 1900 und 1902 geschont hatte und anfallsfrei blieb.

23. „Periodische Paranoia“ [publ. v. Gierlich (14)]. — 43jähriges Fräulein. Vater und Vaterbruder ungewöhnlich reizbare Menschen. Vater starb an chronischem Rückenmarksleiden. Schwester sehr nervös. — Patientin war nur mässig begabt, aber sehr fleissig. Im Frühjahr 1898 zog Patientin mit der Mutter nach Wiesbaden. Im Sommer litt sie sehr unter der erschlaffenden Hitze. Sie veränderte sich im Benehmen. „Sie war ungemein reizbar, stets unruhig, hastig und unzufrieden. Sie zog sich immer mehr vom Verkehr zurück und zeigte ein sonst nicht gekanntes Misstrauen. Patientin war tagelang nicht zu bewegen, das Haus zu verlassen, auch fiel der Mutter sehr auf, dass sie religiösen Zuspruch nicht mehr vertragen konnte, im Gegentheil sehr aufgeregt

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch denselben wurde und die Kirche mied, ganz gegen ihre Gewohnheit. Ende September gab sie der Mutter zum ersten Mal Einblick in ihren Seelenzustand. Sie beschuldigte zwei Damen ihres Bekanntenkreises der Feindseligkeit: „Sie sind falsche Freunde, sie lassen sich in Gesellschaft zwar nichts merken, aber sie haben ein ganzes Complott geschmiedet, um mich aus dem geselligen Kreise zu verdrängen, mich durch Verläumdung von hier zu vertreiben, und in Verzweiflung zu stürzen. Sie rasten nicht, bis ich todt bin.“ Man lasse sie allgemein fühlen, dass sie nicht mehr die geringste Achtung genösse. Alles wird aufgeboten, sie zu vernichten. Zudem kann sie nicht mehr beten, was sie gerne that, ohne dass sie je gegrübelt hätte. „Ich kann nicht mehr beten, mich nicht sammeln, den Glauben haben sie mir nun auch geraubt, mich mit Gott entzweit, und nun beuten sie das noch aus.“

Status. Patientin schildert mit grosser Lebhaftigkeit, wie ihre besten Freundinnen sich als falsch und aggressive Feindinnen entpuppt hätten. Sie wären Beide an der Arbeit, sie erst unmöglich zu machen, um ihren guten Namen zu bringen und dann zu vernichten. Die Beiden haben bereits ein ganzes Complott gebildet, und wird drauf los verläumdet, bis Jeder in der Stadt es weiss. Man merke ihnen nichts an, sie thun auch ganz freundlich. Sie sieht und hört nichts davon, merkt es auch nicht an Zeichen und Bewegungen. Mit Gott hat man sie entzweit, den Glauben genommen, sie kann nicht mehr beten. Sie muss fort von hier, geht hier nicht aus. „Man ist sonst zu Allem fähig.“ Patientin ist über Zeit, Ort, Personen völlig orientirt, spricht über Dinge ausserhalb ihrer Wahnideen ganz ruhig und gewandt. Eine Gefühlsschwankung nach der Seite abnormer Heiterkeit oder Traurigkeit besteht nicht. Sie ist nur auf's Aeusserste zornig und wüthend im Sinne ihrer Wahnideen und geräth bei Widerspruch namentlich auch gegen die Mutter in sonst nie gekannte Heftigkeit. „Die Mutter lässt Alles geschehen, vertheidigt mich nicht, sie ist auch im Complott.“ Thatsächlich hat sie einige Male die Mutter an den Haaren gezerrt, was ausserhalb ihrer Krankheit undenkbar gewesen wäre. Hallucinationen und Illusionen sind nicht zu ermitteln.

Der Zustand blieb in gleicher Stärke trotz Bädern und Narcoticis bis Mitte December. Dann trat innerhalb 5—6 Tagen völlige Krankheitseinsicht ein. Patientin war ganz umgewandelt, eine liebenswürdige feingebildete Dame, die nicht begreift, wie sie zu solchen „verrückten“ Ideen gekommen sei und auch ihre Mutter, ihr Liebstes und Einzigstes auf dieser Welt, so behandeln konnte. Es sei sonst nie ein hartes Wort gefallen. Sie nahm ihren Verkehr wieder auf, betheiligte sich an den Wohlthätigkeitsveranstaltungen und bewegte sich ohne Zwang. Es bestand keine Amnesie und keine reactive Hyperthymie. Mit Gott und Religion stand sie wieder auf „gutem Fuss“.

Das Jahr 1899 blieb nach einem Sommeraufenthalt in der Schweiz anfallsfrei, im Jahre 1900 dagegen stellte sich nach dem heissen Wiesbadener Sommer wiederum ein ähnlicher Anfall ein.

Wie Gierlich selbst epikritisch ausführt, „handelt es sich um erheblich belastete Individuen, die mässig beanlagt, aber mit einem

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

grossen Ehrgeiz behaftet sind, der den individuellen Verhältnissen entsprechend sich zu bethätigen bestrebt.

Auf der Höhe des Lebens sehen wir unter dem Einfluss allgemeiner und specieller, das Nervensystem schwächender Momente, zu bestimmten Zeiten, nachdem 2—3 Monate lang neurasthenische Symptome von intensiver Stärke den Kranken beherrscht haben, unvermittelt ohne melancholische oder maniakalische Gefühlsstörungen systematisirte Wahnideen auftreten, die sich als Beziehungs , resp. Eifersuchtswahn documentiren. Der Kranke steht völlig unter dem Eindruck der Wahnideen, so dass Stimmung und Handeln ganz durch dieselben bedingt wird. Erstere äussert sich in einer grossen Gereiztheit und Zornmüthigkeit, sobald der leiseste Versuch gemacht wird, den Wahnideen entgegenzutreten. Im Uebrigen sind die Patienten in diesen Anfällen bei vollkommen klarem Sensorium, über Person, Zeit, Ort bestens orientirt. Zu Grössenideen kam es nicht. Die Wahnideen hielten sich mehrere Wochen hindurch in voller Stärke, dann lenkten die Kranken ein und relativ schnell, innerhalb 3—4 Tage, kam es zu voller Krankheitseinsicht, mit Rückgang des Zornaffects und ohne reactive Gefühlsanomalien. Die Wiederkehr der Anfälle war durch geeignete Maassnahmen zu verhüten. Bei Vernachlässigung der Vorsichtsmaassregeln kehrten die Anfälle in ihrer typischen Form wieder". Berücksichtigt man die Eigenheiten der drei Erkrankungen, ihren Symptomencomplex, die Entstehung der Wahnideen, deren scheinbar völlig logische Verknüpfung zu einem System, ihren Einfluss auf das Persönlichkeitsbewusstsein, auf Denken und Handeln, bei durchaus geordnetem und besonnenem Verhalten, während Stimmung, Vorstellungsablauf und Willensvorgänge nicht merklich verändert scheinen, so kommt man ohne weiteres zur Diagnose einer Paranoia. Der Verlauf in Anfällen mit freien Intervallen nöthigt dann weiter zur Diagnose der periodischen Paranoia. Gleichwohl habe ich auch hier längere Zeit die Möglichkeit und Berechtigung einer anderen Diagnose erwogen.

Ziehen (7) hat gleichzeitig mit der periodischen einfachen Paranoia eine andere periodische Psychose beschrieben, die er periodische neurasthenische Verstimmung nennt. In allen drei Fällen begann der einzelne Anfall mit neurasthenischen Beschwerden. Er schloss sich regelmässig an eine Zeit aufreibender erschöpfender Thätigkeit oder körperlicher Anstrengungen an und blieb aus, wenn die Patienten diesen schädigenden Factoren aus dem Wege gingen. Der ursächliche Zusammenhang ist hier unverkennbar und darf sicher nicht zu gering angeschlagen werden. Die Erschöpfung gilt (bei vorhandener Disposition) als auslösendes Moment vornehmlich für erworbene Neurasthenie, die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anfälle imponirten dem Beobachter anfangs als Neurasthenie, und so liegt die Vermuthung, dass es sich um eine periodische neurasthenische Verstimmung handelt, durchaus nicht so fern. Andererseits jedoch werden sehr oft die verschiedensten Psychosen mit neurasthenischen Beschwerden eingeleitet und sieht ferner in diesen Fällen das Krankheitsbild auf der Höhe dem der Paranoia so unverkennbar ähnlich, dass wir vor der Hand nicht anders können, als die Fälle als Beispiele einer periodischen Paranoia zu betrachten.

24. „Recidivirende acute hallucinatorische Paranoia auf der Grundlage einer degenerativen, hysterisch epileptischen Veranlagung" (publ. von Seiffer [16]). — Hereditär belasteter 35jähriger Kranker, der ausser melancholischer Verstimmung und vorübergehenden Verwirrtheitszuständen in der Jugend innerhalb 11 Jahre in verschiedenen Abständen sechs Erkrankungen, von 1—21 Monaten Dauer, durchgemacht hat. I. Verwirrungszustand mit Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. — II. Tobsuchtsanfall mit massenhaften Hallucinationen, Wahnvorstellungen, Nahrungsverweigerung. — III. bis V. Ebenfalls hallucinatorische Erregungszustände mit zahlreichen Wahnvorstellungen persecutorischer Art. Wiederholt Dämmerzustände innerhalb der Erregungszustände mit vollkommener Amnesie, für die übrige Zeit der Erkrankung scharfe Erinnerung. — VI. Aufnahme im Dämmerzustand, der nach 10 bis 14 Tagen schwand. Patient war total mutacistisch, total analgetisch; dann begann Patient schriftlich, bald mündlich zu antworten. Er war orientirt, hatte zahlreiche Hallucinationen und Wahnvorstellungen. — Allmählich schwanden die Symptome, und retrospective Krankheitseinsicht stellte sich ein.

Es bedarf kaum einer längeren Auseinandersetzung, um bei dem Seiffer'schen Kranken die Diagnose Paranoia auszuschliessen. Die gleichen Ueberlegungen wie für die Greidenberg'schen Fälle zwingen uns hier dazu. Dämmerzustände kommen wohl bei Epilepsie, Hysterie, Amentia vor, jedoch nicht bei der Paranoia im engeren Sinne, es müsste denn gerade auf die Paranoia eine der genannten Psychosen aufgepfropft sein. Für diese Annahme liegt jedoch gar kein Grund vor.

25. „Periodische Paranoia" (publ. von Mönkemöller [15]). — A. Tr. 1870 geboren. Keine erbliche Belastung. — Im 6. Jahre Gehirnentzündung. Patient war stets alkoholirresistent, trank aber öfter viel. Patient ist wiederholt psychisch erkrankt, einige Mal im Anschluss an Alkoholexcesse und wiederholt in Anstalten gewesen. Die Diagnosen sind von verschiedener Seite gestellt worden.

1. März 1890 bis März 1892 zuerst als Verfolgungswahnsinn; später als acute hallucinatorische Verwirrtheit bezeichnet.
2. Juni bis October 1892 acute hallucinatorische Verwirrtheit.
3. December 1893 bis März 1894 acuter hallucinatorischer Wahnsinn.
4. Juni bis October 1895 acute hallucinatorische Verwirrtheit.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

5. September 1896 bis Januar 1897 hallucinatorische Verrücktheit.

6. März bis Juli 1898 acute Verwirrtheit.

7. October 1900 bis März 1901 recidivirende Verwirrtheit.

8. April bis Juni 1902 keine Diagnose. Beeinträchtigungswahnideen bei erhaltener Orientirung.

9. October 1902 bis März 1903 keine Diagnose. Beeinträchtigungs- und Beziehungswahnideen bei erhaltener Orientirung.

10. April bis September 1904 keine Diagnose. Beeinträchtigungs- und Beziehungswahnideen ähnlichen Inhalts wie in Anfall 9.

In den Zwischenzeiten war Patient „völlig gesund". Er selbst beschreibt seine Krankheit während der Reconvalescenz, wie folgt: „Den Beginn der Krankheit merke er immer ganz genau, dann fühle er, wie er in seinen Bewegungen bei der Arbeit gestört und gehindert werde. Später hatte er dann immer das Gefühl, als stünde er unter dem Einfluss fremder Gewalten, die ihm seine ganze Willenskraft fortnähmen, seine Bewegungen leiteten und mit ihm machten was sie wollten. All der Unsinn, den er mache, müsse auf ihre Rechnung gesetzt werden. Auch seine Ausrufe und sein Lachen würden durch diese fremden Gewalten verursacht, ohne dass er sich das wirklich dächte, was er ausrufen müsse. Wie er diese Gewalten sich vorstellen solle, wisse er nicht, sie schwebten ihm als Personen vor, ohne dass er jemand bestimmt im Auge habe. Vielleicht spräche er diese Gewalten an, wenn er vor sich hinrufe, jedenfalls höre er keine bestimmten Stimmen, es seien nur gewisse Gefühle, aus denen seine Rufe hervorgingen. Er habe versucht, diese Gefühle zu überwinden, aber auf die Dauer gelinge es ihm nicht. Dabei fühle er sich ausserordentlich unbehaglich und sehne sich danach, dass der Zwang vorbeigehe. Wenn er die vorgeschriebenen Worte und Handlungen erledigt habe, fühle er sich absolut nicht erleichtert. . . . Er wisse zu jeder Zeit, dass er krank sei, sei auch immer genau orientirt. . . . Bei seiner ersten Erkrankung sei er viel schwerer krank gewesen, er wisse nicht genau, was damals passirt sei, während er für die späteren Phasen stets eine tadellose Erinnerung bewahrt habe. Die späteren Anfälle seien immer vollkommen gleich gewesen. . " Für die Zeit zwischen den Anfällen stellt Patient Eigenbeziehungen, Beeinträchtigungsgefühl, Zwangsideen, Zwangshandlungen, Stimmungsanomalien u. s. w. strikte in Abrede.

Fall 25 ist der, dessen Beurtheilung zweifellos am schwersten fällt. Mönkemöller selbst hat wohl alle Erwägungen, die für die Differentialdiagnose in Frage kommen, angestellt. Auf negativem wie positivem Wege kommt er zu dem Schlusse, dass es sich nur um eine periodische Paranoia handeln könne. Wenn ich auch der Diagnose eine gewisse Berechtigung nicht abzusprechen vermag, für absolut sicher möchte ich sie doch nicht halten. Es ist meines Erachtens absolut unmöglich und auch garnicht nöthig, in jedem Falle eine bestimmte Diagnose zu stellen. Dazu sind unsere Kenntnisse von den psychischen Krankheiten noch viel zu gering; und unser heutiges Krankheitssystem

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

enthält sicher nicht sämmtliche Krankheitstypen, die vorkommen, — andererseits vielleicht auch einige, die wieder schwinden werden. Wenn wir eine Krankheitsgeschichte nicht mit allen ihren Einzelheiten restlos in einen bekannten und als richtig erkannten Krankheitstypus aufgehen lassen können, so sollen wir lieber vorläufig auf eine bestimmte Diagnose verzichten, lieber eine neue Bezeichnung für sie schaffen, wie Wernicke's Nomenklatur es gut ermöglicht, als abgeschlossene Krankheitsbilder durch Aufnahme andersartiger Symptome verunreinigen und verwaschen. Der Kranke Mönkemöller's bietet nun zweifellos Züge, die zu einer Paranoia s. s. nicht gehören und durch andere Ursachen keine genügende Erklärung finden. Zunächst muss es auffallen, dass zu Anfang von zahlreichen psychiatrischen Gutachtern die Diagnose acute Verwirrtheit gestellt worden ist. Ich gebe zu, dass viele Aerzte von Verwirrtheit bei Kranken sprechen, die durchaus besonnen sind, die ganz correct wahrnehmen und auffassen, die aber im Laufe der Unterhaltung vom Thema abkommen, in ungeordneter, wohl auch incohärenter Ideenflucht die unmöglichsten Wortcombinationen und Satzcombinationen produciren, bei denen also nur der Vorstellungsablauf und das Handeln gestört sind. Das Wesen des Zustandsbildes der Verwirrtheit jedoch ist die gleichzeitige Störung auf allen drei Bewusstseinsgebieten, d. h. die Dissociation des psychosensorischen, intrapsychischen und psychomotorischen Geschehens, oder, wie Ziehen sagt, Unorientirtheit, Incohärenz des Vorstellungsablaufs und motorische Incohärenz. In sehr vielen Fällen habe ich von Verwirrtheit sprechen hören, wo das Sensorium durchaus frei war. Kranke, die der Dementia praecox-Gruppe angehören, namentlich solche in den Endzuständen (faselige Verblödung) können als Beispiele solcher Pseudoverwirrtheit gelten. Mönkemöller meint, dass sein Kranker niemals wirklich verwirrt gewesen sei, nur sein äusseres Verhalten habe den Eindruck hervorgerufen; er sei vielmehr stets mit leichter Mühe zu fixiren gewesen und habe sich dann immer wohl orientirt über Ort, Zeit und Vergangenheit gezeigt. Mönkemöller mag damit Recht haben, die ersten Beobachter mögen sich getäuscht haben. Ein wichtiges Moment gegen die Diagnose Paranoia (der Verlust der Besonnenheit) wäre also beseitigt. Die echte Paranoia soll aber nicht nur besonnen, sondern auch völlig klar und frei im Denken, Wollen und Handeln sein, soweit nicht gewisse Wahnideen den Kranken beeinflussen. Und dies Postulat ist nicht erfüllt. Das ist ja gerade das Charakteristische für den Paranoiker, dass seine Worte und Handlungen an sich, isolirt für sich betrachtet, durchaus richtig und zweckentsprechend sind, niemals an sich unsinnig, verkehrt oder albern sind, dass sie völlig den Worten und Handlungen der Gesunden gleichen;

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nur der Zusammenhang ist krankhaft, ihre Begründung und ihre Zwecke. Der Paranoiker bewegt sich darum auf dem Boden der Möglichkeit, mag sein System auch noch so verrückt sein; wären seine Prämissen richtig, so wären auch seine Schlüsse richtig; die formale Logik ist erhalten. Unsinnige, phantastische, schlechterdings unmögliche Behauptungen hört man nicht von einem Paranoiker. — Wenn nun Mönkemöller's Patient sinnlos laut wird, singend und schreiend im Hause herumtanzt, zu keiner geordneten Unterhaltung zu bewegen ist; viel lacht und grimmassirt, zusammenhanglose Sätze und Worte ausspricht; sein Bett mit Koth beschmiert, beim Essen in die Suppenschüssel greift und mit dem Inhalt umherschmiert; ein ander Mal ohne jede äussere Veranlassung herumbrütet, vor sich hin pustet, lacht, weint und pfeift; häufig zusammenzuckt, alles vom Tische herunterschlingt, was ihm vorgesetzt wird, einerlei, ob es zu geniessen ist oder nicht; den erigirten Penis herausholt und ihn den Umstehenden zeigt; häufig abortive Sprechbewegungen macht: so sind das alles Momente, die schwer gegen die Diagnose Paranoia ins Gewicht fallen. Demgegenüber mag zugegeben werden, dass das Wahnsystem in den letzten Attacken geordneter und gefestigter war, dass der Kranke typische Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen äusserte und freier von den erwähnten Verkehrtheiten und Albernheiten war. — Alles in Allem halte ich mich nicht berechtigt, der Diagnose periodische Paranoia beizutreten. Ich möchte die Diagnose offenlassen. Nicht unsichere, sondern nur ganz unzweifelhafte Beobachtungen können in einer Streitfrage den Ausschlag geben.

Der Vollständigkeit wegen sei eine Beobachtung Krafft-Ebing's noch kurz besprochen. Krafft-Ebing hat, offenbar durch die Mendel'sche Publication angeregt, zum ersten Mal in der vierten Auflage seines Lehrbuches, im Jahre 1890, als dritte Form der periodischen Psychosen den periodischen Wahnsinn beschrieben. Auffallender Weise hat keiner der Autoren, die über periodische Paranoia geschrieben haben, dieses Factum erwähnt.

26. „Periodischer Wahnsinn" (publ. von Krafft-Ebing) [17]. Eine 54jährige von jeher reizbare, nervöse, geistig beschränkte Beamtengattin hatte im Laufe von 5 Jahren 9 Anfälle. Die Anfälle waren untereinander sehr ähnlich, die letzten aber durch grosse Verwirrtheit und massenhafte Hallucinationen nuancirt. Sie kam später in eine Anstalt, wo die Anfälle fortdauern, und die psychische Schwäche bedeutend überhand genommen haben soll. „Im ersten Anfall ging sie delirant, verwirrt der Klinik zu, verkannte die Umgebung feindlich, wähnte sich zu Hause, war sehr ängstlich, wähnte, man vergifte sie, klagte über Gestank, der Kaiser müsse kommen und sie vor Mann und Sohn, die Giftmischer seien und verbrannt werden müssten, schützen. Ihr Sohn sei

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein Lump, kleppere mit Elektricität, mache ihr Blitze, Alles stinke, sei vergiftet, voll Elektricität. Sie wird gleich sterben, sie ist beim Kaiser eingeladen. Das Delir wird immer zerfahrener, Nahrungsverweigerung. . . . Allmälig klärt sich das Bewusstsein. Patientin meint, sie müsse verwirrt gewesen sein, hat keine Erinnerung für die Krankheitserlebnisse, ist psychisch recht erschöpft, erholt sich rasch. Genesen entlassen".

Dass es sich nach unserer Definition nicht um eine Paranoia handeln kann, braucht nicht näher angeführt zu werden, zumal da ja auch Krafft-Ebing von periodischem Wahnsinn spricht. Der Fall ist gleichwohl erwähnt worden, weil er dem Mendel'schen ähnlich ist und weil Krafft-Ebing ausdrücklich sagt, dass er die von Mendel als periodische Paranoia veröffentlichten Krankheitsfälle periodischen Wahnsinn nenne; entsprechend dem Unterschiede, den er zwischen Paranoia und Wahnsinn überhaupt macht.

Weitere Fälle endlich sind von Gianelli (6) veröffentlicht worden, doch sind sie mir nicht zugänglich gewesen. Ob unter ihnen sich eine periodische Paranoia in unserem Sinne befindet, entzieht sich darum leider der Kritik. Unter den 26 wiedergegebenen Fällen haben wir nur vier gefunden, bei denen die Diagnose vor der Hand, d. h. auf Grund unserer heutigen klinischen Kenntnisse, nicht bestritten werden konnte: die eine von Ziehen und die drei von Gierlich veröffentlichten Beobachtungen. Die anderen 22 mussten bei vorurtheilsloser Kritik von der Paranoia ausgeschlossen werden, bei den meisten war es auch möglich, sie andern bekannten klinischen Krankheitsbildern zwanglos und befriedigend einzufügen. Auszuschliessen sind von der Paranoia alle jene Krankheitsformen, die zwar die Wahnbildung mit der echten Verrücktheit gemeinsam haben, im Uebrigen jedoch in Symptomatologie, Verlauf und Ausgang toto coelo von ihr verschieden sind. Nur jene eng umrissenen Erkrankungsformen dürfen wir zur Paranoia rechnen, die wir nach Ausschliessung alles Fremdartigen zu einer Krankheit sui generis zusammenzufassen wohl berechtigt sind.

Inwieweit auch hier die Zukunft unsere Ansichten läutern wird, lässt sich noch nicht absehen. Vielleicht kommen wir eines Tages doch noch dahin, dass die Paranoia völlig aus unserem Krankheitsverzeichniss verschwindet, gerade so wie die Hypochondrie, die einst als suigene Krankheit in ausgedehntem Maasse diagnosticirt worden ist und heute nur noch als Zustandsbild bei verschiedenartigen Neurosen und Psychosen anerkannt wird. Vielleicht lernen wir auch noch die Paranoia als Symptomencomplex auf der Basis der Degeneration, der Hysterie, des manisch-depressiven Irreseins und des residuären oder chronisch sich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entwickelnden Schwachsinns verstehen[1]). Vorläufig sind wir jedoch noch nicht dazu berechtigt, müssen vielmehr an der Existenz der Krankheit Paranoia festhalten, wenn auch die Diagnose immer seltener gestellt wird.

Kraepelin verlangt als unerlässliches Kriterium der Paranoia, dass sie chronisch verlaufe und unheilbar sei. So sehr es möglich sein kann, dass eine bestimmte Krankheit nur chronisch verläuft, so ist es andererseits doch keine Naturnothwendigkeit, dass jede Krankheit entweder nur einen chronischen oder nur einen acuten Verlauf nehmen darf. Wie schon gesagt, sind da nicht speculative Erörterungen am Platze, sondern einzig und allein die Erfahrungsthatsachen sind ausschlaggebend. Und diese scheinen die vermuthungsweise ausgesprochene Möglichkeit des Vorkommens einer periodischen Paranoia und somit auch einer acuten zu bestätigen. Gegenüber nur vier Fällen ist eine gewisse Reserve immerhin am Platze, jedenfalls aber sollte Kraepelin seine mehrfach herangezogene Behauptung nicht mit solcher Schärfe aufstellen. Zu apodiktischer Gewissheit liegt kein Grund vor.

Literatur der periodischen Paranoia.

1. E. Mendel. Ein Beitrag zur Lehre von den periodischen Psychosen. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 44. 1888.
2. Discussion über Mendel's Vortrag. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44, S. 664. 1888.
3. Kausch. Ein Beitrag zur Kenntniss der periodischen Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. 24. 1892.
4. M. Friedmann. Zur Kenntniss und zum Verständniss milder und kurz verlaufender Wahnformen. Neurol. Centralblatt, Jg. 14. 1895.
5. B. Greidenberg. Zur Lehre über die acuten Formen der Verrücktheit. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 53. 1897.
6. Gianelli. Sulla cosi detta paranoia acuta periodica. Rivista sperimentale di freniatria. Bd. 24. 1898.
7. Ziehen. Eine neue Form der periodischen Psychosen. Monatschrift für Psych. und Neurol. Bd. 3.
8. Bechterew. Ueber periodische acute Paranoia simplex als besondere Form periodischer Psychosen. Mon. f. Psych. u. Neur. Bd. 5. 1899.
9. Friedr. Skierlo. Ueber periodische Paranoia. J.-D. Königsberg i. Pr. 1900.

1) Man vergl. übrigens die Ausführungen Bleuler's zu „Dispositionen zur Paranoia“ und „Arten der Paranoia“ in „Affectivität, Suggestibilität, Paranoia“. Halle 1906.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

10. Alexander Pilcz. Die periodischen Geistesstörungen. Jena. 1901.
11. Th. Ziehen. Psychiatrie. 2. Aufl. 1902.
12. Bleuler. Ueber periodischen Wahnsinn. Psych. neur. Wochenschr. 4 Bd. 1902/03.
13. Georg Adam. Zum periodischen Irresein. J.-D. Rostock. 1903.
14. Gierlich. Ueber periodische Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. 40. 1905.
15. Mönkemöller. Zur Lehre von der periodischen Paranoia. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 62. 1905.
16. Seiffer. Acute recidivirende hallucinatorische Paranoia. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 62. 1905.
17. R. v. Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart. 1890. 4. Aufl.

Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

VII.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel
(Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).

Das Verhalten der Fibrillen bei progressiver Paralyse.

Von

Dr. **Renkichi Moriyasu**
aus Japan.

(Hierzu 2 Abbildungen im Text.)

Unter den organischen Psychosen ist die Paralyse seit langem diejenige, deren pathologische Anatomie von neurologischer und psychiatrischer Seite mit besonderem Eifer und Interesse studirt worden ist, daher ist die einschlägige Literatur bereits so angewachsen, dass man sich nicht leicht eine vollständige Uebersicht zu beschaffen vermag. Besonders seit der Auffindung einer grossen Reihe guter elektiver Färbemethoden hat die Kenntniss der feineren histologischen Veränderungen bei der progressiven Paralyse in den letzten Jahren bedeutende Fortschritte gemacht, zumal mit Hülfe derjenigen Methoden, welche die Nervenfasern im Gehirn zur Darstellung bringen.

Trotzdem bleibt uns das letzte Wesen der Paralyse zur Zeit noch räthselhaft.

Ueberblicken wir kurz unsere Kenntnisse über das Verhalten der Fasern bei der Paralyse an der Hand der einschlägigen Literatur.

Tuczek (1882—84) glaubte auf Grund seiner Befunde, dass bei der Paralyse der Markfaserschwund immer an einer bestimmten Stelle der Hirnrinde sich finde und dadurch charakteristisch sei. Dagegen hat dieser Forscher keine Veränderung der Ganglienzellen und keine Erkrankung der Gefässe beobachtet.

Seit seiner Arbeit neigten die meisten Autoren dazu, nur in der von Tuczek angegebenen Richtung nachzuforschen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch Zacher (1887) hat sich der Methode von Tuczek angeschlossen und dessen Behauptungen in der Hauptsache bestätigt. Doch leugnete Zacher, dass der von Tuczek beschriebene Faserschwund für die Paralyse charakteristisch wäre, weil er ihn auch bei anderen Psychosen constatiren konnte, und machte auf das Vorkommen von Gefässerkrankungen, entzündlichen Vorgängen und Veränderungen der Ganglienzellen ausser dem Faserschwund aufmerksam.

Später hat Kaes bei der Paralyse auf Grund seines grossen Materials genau rechnerisch die Stärke des Faserausfalls in verschiedenen Rindenabschnitten festgestellt. Nach Kaes ist der Process des Faserschwundes ein eminent diffuser, welcher die gesammte Hirnrinde und alle ihre Schichten in Mitleidenschaft zieht, und zwar in der Weise, dass die Einbusse in einem festen Verhältniss zum Grade der Markfaserentwicklung in gesunden Tagen bleibt, so dass sich zwei vorherrschende Typen in der Art des Faserschwundes herausbilden, nämlich 1. die Markfasern können in den relativ locker geschichteten und an und für sich aus zarten Fasern bestehenden oberen Schichten einer mehr oder minder vollständigen Resorption anheimfallen. 2. Die tieferen Schichten der Rinde und das oberflächliche Mark, wo die Fasern in der Norm derber sind und mehr oder minder dicht gedrängt lagern, werden von den Fasern nur ganz ausnahmsweise vollständig entblösst.

Siemerling hat darauf aufmerksam gemacht beim Studium ganzer Hirnschnitte von progressiver Paralyse, dass der Prozess oft nicht so diffus ist, als gewöhnlich angenommen wird, sondern auch herdförmig auftritt. In einem Falle wechselten Stellen verhältnissmässig guter Hirnrinde (tangentiale Fasern erhalten, gutes Schichtbild, keine Spinnenzellen) mit vollkommen zerstörten Partien (dichter Gliafilz, Schichtung der Zellen aufgehoben, totaler Faserschwund).

K. Schaffer hat behauptet, dass der Faserschwund an einer gewissen Stelle und zwar in Flechsig's Sinnescentren vom Degenerationsprocess ganz oder relativ verschont werde, während dagegen die Associationscentren in erster Linie afficirt würden. Allerdings fügte Schaffer hinzu, dass er auch solche Fälle gesehen habe, wo ein diffuser Degenerationsprocess zu beobachten war, wie schon Kaes betont hatte und gelangte so dazu, zwei Arten des Faserschwundes zu unterscheiden, nämlich eine localisirte und eine diffuse Form. Allein selbst mit dieser Einschränkung lässt sich die Richtigkeit des Schaffer'schen Befundes nach Nissl's Ausführungen kaum aufrecht erhalten.

Schaffer hat bei seinen Untersuchungen die Weigert-Wolter'sche Methode benutzt, mit welcher schon in dem normalen Gehirn eine verschiedene Abstufung in der Tinction constatirt werden kann. Nach

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nissl spricht im Gegentheile die Uebereinstimmung der Tinctionsgrade der Schaffer'schen Präparate mit denen aus Hemisphären Nichtgeisteskranker für einen annähernd gleichen Faserausfall in den verschiedenen Gegenden.

Alzheimer hat durch seine umfassenden, histologischen Studien unsere Kenntniss der histologischen Veränderungen bei der Paralyse in mancher Beziehung erheblich gefördert, indessen zur Frage des Faserausfalls weniger Neues beigebracht.

Seitdem ist eine Reihe brauchbarer Fibrillenmethoden gefunden worden, welche uns gestatten, ausser den Markscheiden auch die nackten Achsencylinder zu färben. Ihre Anwendung verspricht, für manche bei der Paralyse noch offen gebliebenen Fragen Aufklärung zu bringen. Zahlreiche Autoren haben seit Einführung der verschiedenen Silbermethoden sich bereits daran gemacht, mit ihrer Hülfe die Pathologie der Paralyse zu studiren, doch gehen ihre Resultate zum Theil weit auseinander.

Marinesco (durch Cajal'sche Methode) behauptet, dass bei der Paralyse die Fibrillen in den Zellen Verdickung, intensive Färbung, Fragmentation und körnigen Zerfall zeigen.

Dagonet (durch Cajal'sche Methode) hat auffallender Weise behauptet, dass die Neurofibrillen, welche in den Zellen der Grosshirnrinde ein reichliches Netz darstellen, bei der Paralyse scharf und intact bleiben sollen. Die gleichen Verhältnisse hätte er in den Purkinjeschen Zellen im Rückenmark beobachtet.

Doch dürfte sein Material — er spricht von 3 Fällen — zu gering gewesen sein, um so weitgehende Schlüsse zu gestatten.

Zu ungefähr dem gleichen Resultat wollen Azoulaz und Malassaz (durch Cajal's Methode gekommen sein.

Schaffer (durch Bielschowsky's Methode) hat eine Veränderung des Fibrillennetzes in den Zellen beschrieben. Nach ihm erscheinen zuerst die Knotenpunkte des intracellulären Gitters angeschwollen und verdickt, dann sind die Fibrillen in Körnern zerfallen, endlich in Staubmasse verwandelt.

Bielschowsky und Brodmann haben dagegen nach eingehenden Untersuchungen als Veränderung in den Fibrillenbildern bei der Paralyse beschrieben, dass eine auffallend starke Veränderung der Zellen bis zum Verschwinden ganzer Zellschichten bei noch verhältnissmässig gutem Erhaltenbleiben der faserigen Bestandtheile einzutreten pflege.

Zuerst stelle sich bei den Nervenzellen ein hochgradiger Untergang der Fortsätze und eine Auflösung der Fibrillen ein, wobei nur verein-

Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

zelte Fibrillen im Zellrumpf persistirten. Der Faserfilz werde zunächst in seinen feinsten Elementen stark gelichtet.

Als charakteristisch für das paralytische Structurbild der Rinde falle im übrigen auf, dass der Protoplasmaleib der Zellen mit erhaltenen Dendriten, soweit es sich nicht um die letzten, schwach färbbaren Zerfallsproducte einer Zelle handle, dunkler gefärbt sei, als in der normalen Rinde. In allen Degenerationsphasen der Paralyse zeige ferner der Zellkern starke Veränderungen.

Schon im Anfangsstadium der Erkrankung einer Zelle sei durchweg eine dunklere Färbung des Kerns im Gegensatze zum hellen, ungefärbten Kernnegativ der normaleu Zellen zu bemerken. Bei den kleineren, multiformen Typen werde der Kern intensiv gefärbt; in anderen kleinen Zellen seien nur Fragmente desselben vorhanden.

Auch bei den grösseren Zellformen erscheine der Kern im allgemeinen dunkler in Folge des Auftretens diffuser, oder in Häufchen und Schollen angeordneter Körnchenmassen, die zuweilen den Nucleolus als dunkler Hof umranden. Im Allgemeinen seien wohl die Anfangsstadien von einer Quellung und Vergrösserung begleitet, während in dem Endstadium Auflösungs- und Schrumpfungsbilder prävaliren dürften.

Die Fortsätze zeigten Aufquellung und abnorme Verlaufsrichtung, wären korkzieherartig geschlängelt, umgeknickt, durch wuchernde Gefässe bei Seite gedrängt.

Am längsten von allen Fortsätzen scheine der Spitzenfortsatz zu persistiren. Hinsichtlich des intercellulären Faserwerks haben Bielschowsky und Brodmann darauf hingewiesen, dass die an der Schichtengliederung des Cortex betheiligten tangentialen Fasern in ihrem Parenchym verschwunden seien und auch die aus den bündelartig vereinigten Protoplasmaschäften und aus den Markstrahlen bestehenden verticalen Faserzüge (Radii) zum grossen Theile fehlten. An den Zellfibrillen liessen sich im Wesentlichen zwei Kategorien von Veränderungen constatiren. Bei der ersten handle es sich um eine Vergröberung des Kalibers, wobei zweifellos sowohl Quellung als Verklebung in Frage kämen; bei der zweiten um eine Art von Fragmentation.

Raecke hebt die stärkere Betheiligung der intracellulären Fibrillen hervor.

Wenige Arbeiten existiren über das Verhalten der Fasern im paralytischen Kleinhirn.

Zuerst wurde hier Markscheidenschwund von A. Meyer am Kleinhirn nachgewiesen. Später haben Alzheimer und Raecke neben Veränderungen der Purkinje'schen Zellen und Lichtung der Körnerschicht, auch erheblichen Schwund des Markes festgestellt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In letzter Zeit hat Sträussler über die Kleinhirnveränderungen bei der Paralyse genaue Untersuchungen veröffentlicht. Nach ihm sind die Purkinje'schen Zellen stark verändert und ausgefallen. Die Natur der Veränderungen sei eine sehr mannigfaltige, trotzdem lasse sich aber hier gerade so wie im Grosshirn die öftere Wiederkehr bestimmter Typen feststellen. Unter diesen sei am allerhäufigsten die Vacuolisation, dann nächst häufig die Sclerose.

Sonst fänden sich die verschiedenen Grade des Zerfalls der Nissl-Körperchen, Schwellung des Zellleibes, Schrumpfung der Kernmembran. Die Schwellung halte sich aber immer in bescheidenen Grenzen und eine Wandstellung des Kernes scheine in den Purkinjezellen niemals aufzutreten. Veränderungen der Purkinjezellen würden vor allem die an der Oberfläche liegenden Windungen betreffen; in den einzelnen Windungen erscheinen wieder die Kuppen gegenüber den absteigenden Schenkeln und der Tiefe der Furchen in auffallender Weise bevorzugt.

Auch für die Vertheilung der Affection der übrigen nervösen Zellen gelte die gleiche Regel. Der Faserschwund sei in mehr oder weniger deutlicher Weise in allen Fällen von Paralyse innerhalb der Kleinhirnrinde nachweisbar; trete ausserdem häufig in den Markästen der Windungen, seltener in den Markstämmen der Läppchen und in der centralen Markmasse zu Tage.

Dass die Fasersysteme im Rückenmark bei der Paralyse schwere Veränderungen zu erleiden haben, wurde schon durch die grundlegenden Arbeiten von C. Westphal bekannt gemacht. Westphal hat die von ihm beobachteten Veränderungen als primäre Degeneration beschrieben.

Danach ist das Verhalten der Strangsysteme von Fürstner, Starlinger, Boedecker, Juliusburger u. s. w., zuletzt von Naka eingehend studirt worden, so dass es nicht erforderlich erscheint, auf dieses Gebiet weiter einzugehen.

Es sei nur betont, dass wiederholt die Degeneration der Pyramidenbahnen vom Rückenmark bis zu den Centralwindungen hinauf so erfolgt ist, dass man berechtigt ist, bei der Paralyse in gewissen Fällen von einer secundären Seitenstrangserkrankung zu sprechen.

Vigouroux und Laiguel-Lavastine glauben, dass sowohl secundäre wie primäre Degenerationen im Sinne von Westphal im paralytischen Rückenmark vorkommen.

Ausführlichere Untersuchungen über das Verhalten der Fibrillen im Rückenmark liegen bisher nicht vor.

Ich habe nun bei 30 Fällen von progressiver Paralyse, welche in der hiesigen Klinik zur Section gekommen waren, Grosshirn, Kleinhirn und Rückenmark mit Hülfe der Fibrillenmethode von Bielschowsky

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

untersucht und die gewonnenen Bilder mit Weigert'scher Markscheidenmethode und Toluidinblau-Zellfärbungen verglichen. Ueber die Resultate dieser Untersuchungen sei nachstehend berichtet.

Fall I.

B. H., 15 Jahre alt, wurde am 14. April 1905 aufgenommen.

Vater potus, sonst angeblich keine Heredität. Normale Geburt, mit $1^1/_2$ Jahren von der Treppe gefallen. Im nächsten Jahre in der Schule gut gelernt; im letzten Jahre habe er die Wörter nicht mehr recht herausbekommen, konnte die Schularbeit nicht mehr machen. Schlief sehr viel und sass gleichgültig umher. Häufig Kopfschmerz.

Status: Pupille links maximal weit, rechts über mittelweit, beide verzogen. Lichtreaction und Convergenzreaction nicht zu erzielen. Tremor manuum, Sprachstörung, Kniereflexe gesteigert. Sehr dement.

10. März 1906 Tod durch Marasmus. Section: Pachymeningitis fibrosa haemorrhagica. Leptomeningitis chronica diffusa. Atrophia cerebri. Ependymitis granulosa. Hydrocephalus internus. Schrumpfung der Aortenklappen. Pleuritis chronica fibrosa sinistra. Trübe Niere mit weissem Infarct.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis. Nach Weigert die Markfasern in der Tangentialschicht fast ganz verschwunden. In der II. bis III. Schicht (nach Meynert) die Fasern auch stark abgenommen.

Nach Bielschowsky in allen Schichten der Hirnrinde die fibrillären Fasern gelichtet, besonders in der I. bis II. Schicht. Die Ganglienzellen sind fast alle ihrer Fortsätze beraubt oder haben nur noch kurze Stümpfe.

Besonders die Pyramidenzellen sind rundlich oder in ganz unregelmässige Formen verwandelt.

Die fibrilläre Structur des Zellleibes ist stark verändert, derselbe sieht in Folge Zerfalls der Fibrillen wie gefleckt oder körnig aus. Auch die normale Zellschichtung ist ganz gestört.

Nach Nissl zeigt der Gyrus praecentralis rundzellige Infiltration um die Gefässe, Proliferation von Endothel und Adventitia.

Die Riesenpyramidenzellen sind stark geschwollen, zeigen Chromatolyse. Der Kern ist nach der Peripherie gerückt. Die Veränderung möchte ich als acute Schwellung bezeichnen. Die Stäbchenzellen sind reichlich vorhanden, ebenso Plasmazellen. Gyrus frontalis: Nach Weigert das gleiche Bild wie im Praecentralis.

Nach Bielschowsky in der I. bis II. Schicht die fibrillären Fasern fast ganz verschwunden; in den übrigen Schichten auch stark vermindert. Die Ganglienzellen diffus dunkel gefärbt, besonders der Kern und die Kernmembran intensiver. Die fibrilläre Structur ist wie gefleckt undeutlich.

Die Ganglienzellen sind fast alle ohne Fortsätze, hie und da mit kurzen Stümpfen versehen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Fibrillen der Fortsätze sind noch relativ gut erhalten, während sie im Zellleibe stark zerstört sind.

Nach Nissl Gyrus frontalis wie im praecentralis.

Gyrus occipitalis: Nach Weigert Veränderungen wie im praecentralis; aber etwas schwächer.

Nach Bielschowsky sind die Fibrillen in der Rindenschicht vermindert, doch weniger stark, als im praecentralis und frontalis. Stellenweise haben die Ganglienzellen ihre Fortsätze verloren und die Fibrillen des Zellleibes sind körnig zerfallen; stellenweise sind aber die Zellen noch gut erhalten, wie normal.

Nach Nissl Gyrus occipitalis wie im praecentralis; aber schwächer.

Das Kleinhirn bot folgenden Befund:

Bei der Untersuchung nach Nissl's und Bielschowsky's Methode waren die Purkinje'schen Zellen hie und da verschwunden, und ihre Zahl vermindert.

Stellenweise waren sie an der Kuppe einer Windung besonders spärlich vorhanden.

Die Fortsätze der Zellen erschienen früher untergegangen, meist bleiben aber kurze, dicke Stümpfe erhalten.

Nach Nissl zeigten einige Zellen starke Schwellung, und der Kern war nach der Peripherie dislocirt. Die sie korbartig umspinnenden Fasern waren sehr stark gelichtet, stellenweise lagen nur unregelmässig zerfallene Bruchstücke von ihren auf oder neben den Zellen.

Die auf der Grenze von Molecular- und Körnerschicht parallel verlaufenden Fasern waren ebenfalls zum Theil verschwunden oder nur hie und da auf kurze Strecken noch zu verfolgen.

Rückenmark: Nach Weigert und Bielschowsky zeigen beide Pyramidenseitenstränge deutliche Lichtung, doch sind noch ziemlich viele gut erhaltene Fasern vorhanden.

An den krankhaft veränderten Stellen sieht man überall Wucherung der Spinnenzellen.

Bei genauen Untersuchungen an Längsschnitten durch die Pyramidenseitenstrangbahn hat man auffallender Weise den Eindruck, als ob das Markscheidenpräparat weniger Ausfälle zeigte, als die Fibrillenbilder.

Es waren nämlich die Markfasern im Markscheidenpräparate in der Mehrzahl noch ziemlich gut erhalten, wenn sie auch zum Theil aufgequollen und in Bruchstücke zerfallen erschienen.

Die Lichtung war eine mehr diffuse. Dagegen boten die Fibrillen nach Bielschowsky mehr in die Augen fallende Veränderungen. Sie waren stellenweise sehr stark zerstört, in kleinste Bruchstücke oder körnige Massen verwandelt, stellenweise ganz verschwunden.

An den Ganglienzellen und deren extra-cellulärem Fibrillengeflecht in der grauen Substanz habe ich wesentliche Veränderungen nicht feststellen können.

An den Hintersträngen selbst mit Marchi keine Veränderung.

Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Fall II.

W. H., Pächter, 45 Jahre alt, wurde am 25. September 1904 aufgenommen.

Eine Schwester des Patienten geisteskrank gewesen. Patient selbst nervös, leicht reizbar. Seit Juni 1905 Zunahme der Reizbarkeit, Sprachstörung, Vergesslichkeit und verwirrt. Gang unsicher.

Bei der Aufnahme bestanden positive Lichtreaction, Sprachstörung, Steigerung der Kniereflexe, Gehstörung, vorgeschrittene Demenz.

26. Juli 1905, Vormittags 9 Uhr, Tod.

Kopfsection ergab makroskopisch Leptomeningitis chronica diffusa und Atrophia cerebri. Sonstige Obduction nicht gestattet.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis. Nach Weigert die Markfasern in der 1., 2., 3. Schicht stark vermindert, besonders in der 1. Schicht kaum sichtbar, ausser spärlichen Bruchstücken. Nach Bielschowsky haben die Fibrillen in der 1.—2. Schicht wenig abgenommen. Die Ganglienzellen haben stellenweise ganz die Fortsätze verloren; ihre fibrilläre Structur ist stark zerfallen.

Nach Nissl findet sich Infiltration um die Gefässe und mässige Proliferation des Endothels. Die Ganglienzellen zeigen die oben skizzirte acute Schwellung. Stäbchenzellen und Plasmazellen sind reichlich vorhanden.

Gyrus frontalis: Nach Weigert wie praecentralis; aber die Markstrahlen sind hier auch deutlich gelichtet.

Nach Bielschowsky sind die Fibrillen in der 1. bis 2. Schicht vermindert. Die Ganglienzellen, besonders die Pyramidenzellen, haben ihrer Zahl nach stark abgenommen und stellenweise alle Fortsätze verloren. Die Fibrillen des Zellleibes selbst sind stark zerstört und die Zellen nur noch von zerstreuten Körnern gefüllt. Die Zellformen sind unregelmässig oder rundlich gestaltet. Nur stellenweise sind die Ganglienzellen noch gut erhalten.

Nach Nissl ist Infiltration um die Gefässe hochgradig, die Wucherung der Adventitia und des Endothels auch stark ausgesprochen. Stäbchenzellen finden sich nur in mässiger Zahl. Meist herrscht die oben beschriebene acute Schwellung der Ganglienzellen vor. Wenige Plasmazellen.

Gyrus occipitalis: Nach Weigert im Allgemeinen wie praecentralis; doch sind auch in der 4. Schicht die Fasern stark vermindert. Nach Bielschowsky haben die Fibrillen in der oberen Rindenschicht abgenommen. Hie und da sind die Pyramidenzellen ohne Fortsätze oder mit kurzen Stümpfen der Spitzenfortsätze vorhanden und die Fibrillen derselben zeigen nur Andeutung der normalen Structur oder sind ganz körnig zerfallen. Nach Nissl besteht Infiltration der Gefässe, Wucherung von Adventitia und Endothel in leichtem Grade. Sonst wie frontalis.

Kleinhirn: Nach Nissl und Bielschowsky haben die Purkinje'schen Zellen stellenweise stark abgenommen, besonders an den Kuppen. Stäbchenzellen und Plasmazellen sind sichtbar. Sonst keine Besonderheit.

Rückenmark: Nach Weigert und Bielschowsky sind die Markfasern

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in beiden Pyramidenseitensträngen in gleicher Weise etwas gelichtet. Die Hinterstränge sind auch mit Marchi frei von Degeneration.

Fall III.

M.H., Arbeiter, 35 Jahre alt, wurde am 18. September 1904 aufgenommen, December 1904 ungeheilt entlassen und am 24. September 1905 wieder aufgenommen. Angeblich keine Heredität. Lues und Potus zugegeben. Seit Juni 1904 war Patient verändert, wurde sehr reizbar, klagte über Schwindelanfälle. Ausserdem Ohrensausen, Vergesslichkeit, war streitsüchtig und rechthaberisch.

Status: Pupillen starr, Sprachstörung, Facialislähmung, Steigerung der Kniereflexe. 15. November 1905 Tod durch Marasmus.

Section: Pachymeningitis haemorrhagica, Leptomeningitis chronica diffusa. Atrophia cerebri. Sehr starke haemorrhagische Tracheitis und Bronchitis. Hypostase und pneumonischer Herd der Lungen. Frische Pleuritis und subpleurale Blutung. Chronische Endarteriitis von Arcus aortae und aorta descendens.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Gyrus praecentralis. Nach Weigert die Markfasern in der 1. Schicht relativ gut erhalten, aber in der 2. bis 3. Schicht vielfach in Bruchstücke zerfallen oder körnig und staubartig anzusehen.

Nach Bielschowsky sind die freien Fibrillen ziemlich gut erhalten. Die Ganglienzellen sind zerfallen und verschwunden, besonders hat bei den grossen Pyramidenzellen die Zahl deutlich abgenommen. Die Ganglienzellen haben meistentheils keine Fortsätze, unregelmässig rundliche Formen. Die Zellschichtung ist ganz verschwunden, hie und da bilden veränderte Zellen eine dicht gelagerte Gruppe von 4—5 Stück.

Die Fibrillen des Zellleibes waren stark zerstört und nur als Körner oder Stäbchen noch zerstreut zu sehen.

Es fanden sich Zellen, in denen die Fibrillen ganz zertrümmert, nur als spärliche, körnige Masse zerstreut vorhanden, und der Zelleib zum Theil zerfallen war, während der Kern noch widerstandsfähig und deutlich sichtbar blieb, obgleich er sich intensiv schwarz gefärbt hatte.

Ausserdem gab es Zellen, welche an der Peripherie zerfallene Fibrillen zeigten, während die Fibrillen um den Kern spurlos verschwunden waren, so dass diese Zone hell aussah. Auch finden wir Zellen, deren Fibrillen nicht nur im Zellleib zu körnigen Massen umgewandelt sind, sondern noch auf eine kurze Strecke hin in den Fortsätzen zerfallen sind zu linienförmigen Reihen von Körnern, während in den Strecken darüber hinaus die fibrilläre Structur noch ziemlich gut erhalten geblieben ist.

Auf Nisslbildern bestand keine Infiltration um die Gefässe. Die Ganglienzellen zeigten zum Theil acute Schwellung. Stäbchenzellen waren wenig vorhanden, keine Plasmazellen.

Gyrus frontalis: Nach Weigert sind die Markfasern in der I.—II.—III. Schicht fast ganz verschwunden; nach Bielschowsky die Fibrillen in der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

I.—II. Schicht stark vermindert. Die Ganglienzellen haben fast alle Fortsätze verloren.

Der Zellleib hat keine fibrilläre Structur mehr und sieht wie gefleckt oder körnig aus.

Auch die Fibrillen der Fortsätze sind stark körnig zerfallen.

Nach Nissl ist die Gefässinfiltration und Endothelwucherung nicht stark. Die Ganglienzellen zeigen nur in geringer Zahl die oben beschriebene, acute Schwellung. Stäbchenzellen wenig vorhanden.

Gyrus occipitalis: Nach Weigert sind die Markfasern gut erhalten, wie normal, nach Bielschowsky die Fibrillen nicht vermindert. Die Veränderung der Ganglienzellen ist gering; ihre Fortsätze sind hier und da untergegangen.

Nach Nissl findet sich keine Infiltration um die Gefässe und keine Wucherung von Adventitia und Endothel.

Die Ganglienzellen sind gut erhalten.

Keinhirn: Nach Nissl und Bielschowsky repräsentiren sich die Purkinje-Zellen ohne Fortsätze oder mit kurzen Stümpfen und zeigen hier und da acute Schwellung.

An den Kuppen der Windungen sind sie zum Theil untergegangen. Die oben schon erwähnte, parallele Faserung an der Grenze von Molecular- und Körnerschicht ist stellenweise zerfallen oder ganz verschwunden.

Rückenmark: Nach Weigert und Bielschowsky zeigen die Goll'schen und Burdach'schen Stränge ungefähr gleichstarke Veränderungen. In der grauen Substanz findet sich keine Besonderheit.

Fall IV.

S. K., Wittwe, 50 Jahre alt, wurde am 2. Juli 1902 aufgenommen.

Keine Heredität. Patientin war früher immer gesund ausser Lues. Seit einigen Jahren sehr vergesslich.

Sprach seit Jahren verschlechtert.

Status: Pupillen mittelweit, links nicht ganz rund. Träge Lichtreaction. Sprachstörung. Opticusatrophie.

Kniephänomen gesteigert. Fussclonus. Spastisch-paretischer Gang. Babinski'sches Phänomen. Euphorische Demenz.

2. März 1902 Tod durch Marasmus.

Section: Leptomeningitis chronica diffusa. Atrophia cerebri. Arteriosklerose der Hirnarterien. Lobuläre Pneumonie. Residuen einer Pleuritis. Chronische Endarteritis mit Geschwürbildung und Kalkeinlagerung in der Aorta ascendens und im Arcus. Glatter Zungengrund. Fettleber.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Nach Weigert sind die Markfasern in der I.—II. Schicht etwas vermindert, aber nicht stark. Nach Bielschowsky sind die Fibrillen nicht merklich gelichtet, besonders in I.—II. Schicht nur als kleine Bruchstücke vorhanden. Stellenweise sind die Pyramidenzellen ohne Fortsätze und der Zellleib zeigt keine fibrilläre Structur, ist körnig zerfallen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach Nissl besteht die Infiltration um die Gefässe und hochgradige Wucherung der Adventitia und des Endothels.

Die Veränderung der Ganglienzellen entspricht meist der acuten Schwellung. Stäbchenzellen sind reichlich vorhanden.

Gyrus frontalis: Nach Weigert sind die Markfasern stark vermindert, besonders in der Tangentialschicht kaum mehr sichtbar.

Nach Bielschowsky haben die Fibrillen in allen Rindenschichten deutlich abgenommen.

Die Ganglienzellen erscheinen stellenweise fortsatzlos und stark zerstört, stellenweise gut erhalten.

Nach Nissl findet sich der gleiche Befund wie im Präcentralis. Viele Plasmazellen.

Gyrus occipitalis: Nach Weigert ohne Besonderheit. Nach Bielschowsky reiches Fibrillennetz, wie normal. Hier und da haben aber die Pyramidenzellen ihre Fortsätze verloren und die fibrilläre Structur des Zellleibes erscheint zerstört.

Nach Nissl besteht keine Infiltration um die Gefässe und keine Wucherung von Adventitia und Endothel.

Die Veränderung der Ganglienzellen ist noch wenig ausgesprochen.

Kleinhirn: Die Purkinje'schen Zellen hier und da in Kuppe und absteigenden Schenkeln vermindert; ihre Fortsätze sind meist untergegangen. Die korbartigen Fasergeflechte um die Purkinje'schen Zellen stark gelichtet, stellenweise kaum sichtbar.

Die bereits mehrfach erwähnten Parallelfasern der Molecularschicht und feinen Fäserchen der Körnerschicht sind vermindert, besonders die letzteren in den äusseren Partien der Körnerschicht stark gelichtet.

Rückenmark: Nach Weigert und Bielschowsky zeigen beide Pyramidenseitenstränge Veränderungen; aber es sind noch viele Fasern gut erhalten.

Auf Längsschnitten sind Markscheiden und Achsencylinder in gleichem Verhältnisse betroffen. Die graue Substanz zeigt keine Besonderheit.

Fall V.

L. E., Arbeiterfrau, 34 Jahre alt, wurde am 18. Februar 1905 aufgenommen.

Keine Heredität. Kein Abortus.

Seit einem Jahr Kopfschmerz, war sehr aufgeregt, weinte viel, vergesslich.

Klinisch bot die Kranke Pupillenstarre, Sprachstörung, Depression und lebhafte Steigerung des Kniephänomens.

28. Mai 1905 Tod durch Marasmus paralyticus.

Section: Leptomeningitis chronica fibrosa diffusa. Atrophia cerebri. Pneumonische Infiltration in beiden Unterlappen der Lungen. Residuen rechtsseitiger Pleuritis. Fettige Fleckung und geringe Endarteritis der Aorta. Atrophie der Leber. Trübung der Niere. Glatter Zungengrund.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Nach Weigert Markfasern etwas vermindert, besonders in der Tangentialfaserschicht.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach Bielschowsky die Fibrillen gut erhalten, wie normal. Keine bedeutende Veränderung der Zellen und ihrer Fortsätze.

Nach Nissl die Infiltration um die Gefässe und die Wucherung von Adventitia und Endothel ziemlich stark. Die Riesenpyramidenzellen zeigen acute Schwellung. Viele Stäbchenzellen.

Gyrus frontalis: Nach Weigert haben die Markfasern stark abgenommen; die Tangentialfasern sind in der Zonalschicht fast verschwunden, nur hie und da finden sich spärliche Bruchstücke.

Nach Bielschowsky haben die Fibrillen wenig abgenommen. Die Ganglienzellen sind stellenweise ihrer Fortsätze beraubt und stark zerstört, stellenweise gut erhalten.

Nach Nissl ist die Infiltration um die Gefässe und die Wucherung von Adventitia und Endothel hochgradig; die Gefässwand erscheint verdickt.

Die Riesenpyramidenzellen zeigen meist acute Schwellung. Viel Stäbchenzellen. Gyrus occipitalis: Nach Weigert sind die Markfasern etwas vermindert, nach Bielschowsky ohne Besonderheit. Nach Nissl ist die Infiltration um die Gefässe gering. Ganglienzellen ohne Besonderheit. Stäbchenzellen wenig, Plasmazellen auch.

Kleinhirn: Nach Nissl und Bielschowsky sind die Purkinje'schen Zellen an einer Windung stark vermindert; aber an anderen Windungen dagegen gut erhalten, in Reihen angeordnet. Ihre Fortsätze sind zum Theil untergegangen oder nur als kurze Rudimente zu sehen.

Die Tangentialfasern und die feinen Fasern in der Körnerschicht sind stellenweise sehr dünn geworden, das korbartige Fasergeflecht um die Purkinje'schen Zellen ziemlich stark gelichtet.

Rückenmark: Nach Weigert und Bielschowsky zeigen die Hinterstränge in ihrem hinteren Abschnitt deutliche Veränderung, die aber Markfasern und Achsencylinder in gleichem Grad betreffen. Die graue Substanz ist ohne Besonderheit.

Fall VI.

S. J., Frau, 44 Jahre alt, am 6. Juni 1905 aufgenommen.

Anamnese fehlt. Durch Demenz aufgefallen.

Bei der Aufnahme waren die Pupillen nicht ganz rund, beiderseits ungleich (rechts etwas > l.). Lichtreaction minimal. Sprachstörung, Tremor manuum, Kniephänomene gesteigert, beginnende Atrophie der Nn. optici. Wahnvorstellungen.

17. Juli 1905 Tod im paralytischen Anfall.

Section: Leptomeningitis chronica diffusa.

Geringe Embolie in beiden Pulmonalarterien. Ecchymosen der Pleura. Hyperämie der Lungen mit Infarct. Aortitis. Hochgradige Atrophie der Ovarien.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Nach Weigert die Markfasern mässig vermindert, besonders in der Tangentialschicht. Nach Bielschowsky die feinen Fasern in der I. Schicht etwas vermindert. Die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ganglienzellen haben fast alle ihre Fortsätze verloren, und die fibrilläre Structur des Zellleibes ist stark zertrümmert, dagegen die der Fortsätze ziemlich gut erhalten.

Nach Nissl mässige rundzellige Infiltration um die Gefässe und Proliferation von Endothel und Adventitia. Die Riesenpyramidenzellen zeigen meist acute Schwellung, hie und da pigmentöse Degeneration. Wenig Stäbchenzellen und Plasmazellen.

Gyrus frontalis: Nach Weigert die Tangentialfasern in der I. Schicht fast ganz untergegangen, in der übrigen Rindenschicht die Markfasern auch deutlich vermindert.

Nach Bielschowsky sind die feinen Fasern in der I. bis II. Schicht ziemlich stark vermindert. Die Fortsätze der Ganglienzellen stellenweise ganz verschwunden, stellenweise noch gut erhalten.

Der Zellleib stark zerstört, gar keine fibrilläre Structur.

Nach Nissl ist die Infiltration um die Gefässe und die Gefässwucherung sehr stark. Die Veränderung der Ganglienzellen erscheint nicht so stark. Wenig Stäbchenzellen und Plasmazellen.

Gyrus occipitalis: Nach Weigert die Markfasern fast normal. Nach Bielschowsky und Nissl keine Veränderung.

Kleinhirn: Die Purkinje'schen Zellen sind hier und da in der Windung verschwunden, ihre Fortsätze auch stellenweise ganz oder zum Theil untergegangen. Die Parallelfasern und die oben erwähnten, korbartigen Fasern sind stellenweise ziemlich stark gelichtet.

Rückenmark: Die Hinterstränge, besonders die Goll'schen Stränge degenerirt. Auf Längsschnitten erscheinen Achsencylinder und Markscheiden in gleichem Grade zerstört.

Fall VII.

S. H., Glasermeister, 58 Jahre alt, wurde am 14. Juli aufgenommen.

Angeblich keine hereditäre Belastung. Potus zugegeben. Lues negirt. Seit Juni 1904 wurde Patient geistig schwächer. October Schlaganfall, hat die Sprache verloren, leichte Zuckungen der Hände gehabt.

Mai 1905 schwerer Anfall mit Bewusstseinsverlust.

Status: Lichtreaction der Pupillen träg, Sprachstörung, Tremor der Hände, Kniereflexe erhalten, Demenz.

Am 8. August 1904 Mittags Anfall, Zuckung in der linken Hälfte des Gesichtes. Im Laufe des Nachmittags steigerten sich die Anfälle zu allgemeinen Convulsionen. 8 Uhr 5 Min. Tod im paralytischen Anfall.

Section: Leptomeningitis chronica diffusa fibrosa. Atrophia cerebri. Atheromatöse Veränderung der Hirnarterien. Chronische Endarteriitis der ganzen Aorta. Fettleber mit geringer Stauung. Schrumpfniere. Glatter Zungengrund.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentalis. Markfasern etwas vermindert, aber im allgemeinen noch ziemlich gut erhalten. Nach Bielschowsky extracelluläre, feinere Fibrillen. Filzwerk wenig vermindert. Das gröbere Ge-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

flecht gut erhalten. Ganglienzellen stark verändert, meistentheils der Fortsätze beraubt. Nach Nissl keine Infiltration und keine Wucherung der Gefässe. Veränderung der Ganglienzellen wenig ausgesprochen. Wenige Stäbchenzellen.

Gyrus frontalis: Die Markfasern in der oberen Rindenschicht (1. bis 3. Schicht) sind ganz verschwunden, sogar die interradiären Fasern zwischen den Markstrahlen sind stark vermindert.

Nach Bielschowsky haben die Fibrillen stark abgenommen. Die Ganglienzellen sind im allgemeinen stark tingirt und fast alle fortsatzlos. Die Zellkörper sind mit schwarzer und körniger Masse gefüllt.

Nach Nissl ist die Infiltration um die Gefässe und die Wucherung der Gefässe hochgradig. Die Ganglienzellen zeigen meist trübe Schwellung und pigmentöse Degeneration. Stäbchenzellen sind viel vorhanden.

Gyrus occipitalis: Ohne Besonderheit.

Kleinhirn: Die Purkinje'schen Zellen sind hier und da, zumal an der Kuppe verloren gegangen. Ihre Fortsätze sind untergegangen. Die korbartigen Fasern um die Purkinje'schen Zellen und die Parallelfasern sind stellenweise stark vermindert. Die Fibrillen in der Körnerschicht auch gelichtet.

Rückenmark: In ihrem mittleren Theile zeigen die Goll'schen Stränge sowohl bei Weigert und Bielschowsky leichte Veränderungen, sonst keine Besonderheit.

Fall VIII.

P. J., Arbeiter, 49 Jahre alt, wurde am 26. Mai 1904 aufgenommen.

Angeblich keine Heredität. Patient soll früher an Rheumatismus gelitten haben. Vor einem halben Jahre fiel er von einer Leiter, soll dabei das Bewusstsein verloren haben. Seither verändert, Kopfschmerz, Schwindel, Gedächtnissschwäche.

In letzter Zeit ganz theilnahmslos.

Status: Pupillen mittelweit, links und rechts, nicht ganz rund; Lichtreaction links träg, rechts prompt. Sprachstörung. Kniereflexe gesteigert. Atrophia nervi optici. Spastischer Gang, Tremor der Hände.

15. Januar 1906 Tod.

Section: Leptomeningitis fibrosa chronica diffusa. Atrophia cerebri. Croupöse Pneumonie der rechten Lunge mit frischer Pleuritis. Residuen von Endocarditis der Mitralis. Chronische Endaortitis. Glatter Zungengrund.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Die Markfasern sind in der Tangentialschicht sehr vermindert, in der 2. bis 3. Schicht auch vermindert, doch nicht so stark.

Nach Bielschowsky sind die Fibrillen wenig vermindert. Dort haben die Ganglienzellen fast alle ihre Fortsätze verloren. Ihr Zellleib ist ganz körnig geworden; der Kern erscheint aufgequollen und intensiv schwarz gefärbt. Nach Nissl besteht nur mässige Infiltration um die Gefässe und Wucherung von Adventitia und Endothel. Die Ganglienzellen zeigen hier meist das Bild der acuten Schwellung, und ihre Schichtung ist ganz zerstört.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gyrus frontalis: Markfasern sind in allen Rindenschichten stark gelichtet. Nach Bielschowsky sind die Fibrillen nur etwas vermindert: im Allgemeinen noch ziemlich gut erhalten. Die Ganglienzellen sind im Allgemeinen stark tingirt und haben ihre Fortsätze verloren. Undeutliche Schichtung. Zellformen stark verändert. Der Zellleib enthält sehr zerfallene Fibrillen, welche nur noch als körnige und staubförmige Masse sichtbar sind.

Nach Nissl besteht keine Infiltration um die Gefäse; wenig Wucherung von Adventitia und Endothel.

Die Veränderung der Ganglienzellen ist besonders mannigfaltig. Sie sind an einer Stelle stark aufgequollen, haben sich diffus verfärbt, die normalen Tigroid-Schollen sind nicht mehr erhalten. Ihr Kern ist oft nach der Peripherie gerückt und ihr Kernkörperchen ist intensiv dunkel gefärbt. Daneben giebt es auch solche Ganglienzellen, welche sich sehr blass gefärbt haben, ihren Kern und ihr Kernkörperchen ganz verloren haben, so dass sie wie Schatten aussehen. Aber zwischen den so veränderten Zellen sind auch einzelne gut erhaltene Zellen vorhanden.

Mitunter sieht man um Zellen mit feinkörnigem Zerfall der Nisslkörperchen besonders zahlreiche Trabantzellen gruppirt, von denen sogar manche wie in den Zellleib eingedrungen erscheinen. An noch anderen Stellen haben sich die Ganglienzellen ganz hell blass gefärbt, sind stark angeschwollen und nur ein intensiv gefärbtes Kernkörperchen in der Peripherie sichtbar.

Hier und da finden sich auch Ganglienzellen, welche nur noch mit diffusem Pigment gefüllt sind, während ihr Kern und ihr Kernkörperchen ganz verschwunden sind.

Stellenweise sind die Ganglienzellen wie lang gezogen; ihr Zellleib intensiv dunkel gefärbt; ihr Kern hat sich auch länglich umgestaltet und ihre Fortsätze erscheinen geschlängelt. Auch giebt es Ganglienzellen, welche sich diffus blass verfärbt haben und um den Kern herum ganz hell geworden sind. An anderen Stellen wieder sind die Ganglienzellen stark länglich angeschwollen; im Zellleib befinden sich hier und da circumscripte helle Stellen. Ihr Kern ist stark zusammengedrückt und an die Peripherie gerückt. Wenig Plasmazellen.

Gyrus occipitalis: Nach Weigert sind die Markfasern der Tangentialschicht als kleine Bruchstücke sichtbar. Die Tangentialfasern und Radiärfasern und das interradiäre Flechtwerk ziemlich stark gelichtet.

Nach Bielschowsky sind die Fibrillen nur etwas vermindert. Die Ganglienzellen in den tieferen Rindenschichten aber ziemlich stark verändert, in der oberflächlichen Schicht noch gut erhalten.

Nach Nissl wenig Infiltration und Wucherung der Gefässe. Wenig Veränderung der Ganglienzellen. Stäbchenzellen spärlich. Einzelne Plasmazellen.

Kleinhirn: Nach Nissl und Bielschowsky sind die Purkinje'schen Zellen in der Windung stark vermindert und erscheinen hier und da geschwollen bei Chromatinzerfall.

Das Rückenmark zeigt bei Marchi, Weigert und Bielschowsky keine Veränderung.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall IX.

T. H., Laternenanzünder, 49 Jahre alt, wurde am 18. August 1905 aufgenommen.

Keine erbliche Belastung, über Lues nichts bekannt. Seit Juni 1905 ängstliche Unruhe und Schmerzen in der Präcordialgegend. Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen gegen seine Umgebung, Verwirrtheit.

Status: Pupillen überweit, gleich, nicht rund. Pupillenstarre, Sprachstörung und Patellarreflexe gesteigert.

20. September 1905 Tod.

Section: Leptomeningitis chronica diffusa. Atrophia cerebri. Bronchopneumonie. Fettige Fleckung der Aorta. Hyperämie der Leber.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Markfasern in allen Schichten diffus vermindert. Nach Bielschowsky Fibrillen in der I. bis II. Schicht ziemlich stark vermindert. Ganglienzellen im Allgemeinen gut erhalten; aber sie haben hie und da ihre Fortsätze verloren, und die Fibrillen des Zellleibes körnig zerfallen, während sich die fibrilläre Structur der Spitzenfortsätze noch gut erhalten. Im Allgemeinen sind unter den Fortsätzen die Spitzenfortsätze später untergegangen, während die anderen zarten Fortsätze früher verschwunden sind. Nach Nissl zeigen die Ganglienzellen Chromatolyse und Vacuolenbildung. Die Infiltration um die Gefässe und die Wucherung von Endothel und Adventitia sind mässig. Viel Stäbchenzellen.

Gyrus frontalis: Nach Weigert Markfasern wenig vermindert. Nach Bielschowsky Fibrillen nicht vermindert. Ganglienzellen haben stellenweise ihre Fortsätze verloren und sich stark verändert, doch bleiben noch viel gut erhaltene Zellen zurück.

Nach Nissl zeigen Ganglienzellen Chromatolyse, Vacuolenbildung und sind hie und da zerfallen. Die Infiltration um die Gefässe und die Wucherung von Endothel und Adventitia gering. Viel Stäbchenzellen.

Gyrus occipitalis: Markfasern diffus vermindert, besonders in der Tangentialschicht fast ganz verschwunden. Nach Bielschowsky ist das feinere Filzwerk in der I. bis II. Schicht ziemlich stark vermindert.

Die normale Schichtung der Ganglienzellen unregelmässig; die Fortsätze fast ganz verschwunden, die Zellformen kuglig und von unregelmässiger Gestalt.

Nach Nissl Chromatolyse und Schwellung der Ganglienzellen. Stäbchenzellen mässig viel. Plasmazellen zahlreich. Infiltration um die Gefässe und Proliferation von Adventitia und Endothel mässig.

Fall X.

H. F., Mauror, 51 Jahre alt, wurde am 26. Juli 1904 aufgenommen.

Keine Heredität. Potus und Lues zugegeben. Beginn mit Magenbeschwerden, Schwindelanfällen, Kopfschmerz, dann Gedächtnissschwäche und Verwirrtheit.

Bei der Aufnahme sind Pupillen verzogen, different, reagiren links träge,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rechts nicht deutlich. Tremor manuum, Patellarreflexe vorhanden, Schmerzempfindung etwas herabgesetzt, Sprachstörung und Geistesschwäche.

3. December 1905 Tod.

Section: Leptomeningitis chronica diffusa. Starke Arteriosclerose. Atrophia cerebri. Eitrige Pyelonephritis. Kleine Abscesse in der Wand der Vena cava inferior. Cystitis catarrhalis puulenta. Endarteriitis der Aorta.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Markfasern naben sehr wenig abgenommen, sind fast normal stark. Nach Bielschowsky ist das feinere Filzwerk fast normal. Ganglienzellen haben sich wenig verändert.

Nach Nissl ohne Besonderheit.

Gyrus frontalis: Markfasern der oberen Rindenschichten (I. bis III.) fast ganz untergegangen; Markstrahlen sind auch stark gelichtet. Nach Bielschowsky haben die Fibrillen in der I. Schicht etwas abgenommen. Ganglienzellen zeigen im Allgemeinen ihre Fortsätze, besonders die Spitzenfortsätze sind gut erhalten; der Zellleib ist trotzdem stark zerstört und die Fibrillen in körnigen Staub umgewandelt.

Nach Nissl sind Infiltration um die Gefässe und die Wucherung von Endothel und Adventitia hochgradig. Die Ganglienzellen zeigen meist starke homogene Schwellung. Viel Stäbchenzellen und Plasmazellen.

Gyrus occipitalis: Nach Weigert und Bielschowsky sehr wenig verändert. Nach Nissl zeigen sie trübe Schwellung; aber nicht stark. Wenig Stäbchenzellen und Plasmazellen.

Fall XI.

S. H., Obermaat, 52 Jahre alt, am 30. November aufgenommen.

Keine Heredität. Früher Potus. Vor 5 Jahren habe er an Gelenkrheumatismus gelitten, sei schon lange sehr vergesslich, streitsüchtig. Im Frühjahr 1904 Sprache schlecht geworden, im September und Februar Schlaganfälle. Zeitweise gewaltthätig.

Status: Pupillent different, rechts $>$ l., verzogen, lichtstarr, Sprachstörung, Patellarreflexe gesteigert. Leichte Hypalgesie und spastische Parese der Beine. Demenz.

2. October 1905 Tod durch paralytischen Anfall.

Section: Leptomeningitis chronica diffusa. Atrophia cerebri. Allgemeine Section nicht gestattet.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Markfasern in der Tangentialschicht fast verschwunden, nur hie und da noch Trümmer derselben. In den übrigen Rindenschichten die Markfasern auch vermindert. Die Baillager'schen Streifen (innere und äussere) ganz verschwunden. Markstrahlen auch gelichtet.

Nach Bielschowsky Fibrillen in der I. Schicht etwas vermindert. Ganglienzellen sind meist gut erhalten, nur an einigen Stellen stark verändert und ihr Zellleib stark zerstört. Aber die fibrilläre Structur der Fortsätze ist noch sehr schön zu sehen. Die Spitzenfortsätze sind sehr gut erhalten, während andere Dendriten meist fehlen. Nach Nissl hochgradige rundzellige

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Infiltration um die Gefässe und Vermehrung derselben. Die Ganglienzellen zeigen sich in der bereits oben geschriebenen Weise verändert, sind zum Theil stark pigmentirt. Viel Stäbchenzellen und Plasmazellen.

Gyrus frontalis: Markfasern der Tangentialschicht ganz verschwunden, in den übrigen Schichten sind die Fasern stark gelichtet. Nach Bielschowsky ist die Zahl der Fibrillen in der I. bis VI. Schicht herabgesetzt. Pyramidenzellen haben ihre Fortsätze meist verloren; die Zellen in den unteren Rindenschichten sind dagegen noch ziemlich gut erhalten. Nach Nissl wie im Praecentralis.

Gyrus occipitalis: Markfasern etwas vermindert; ebenso die Fibrillen nach Bielschowsky in den zonalen Rindenschichten. Die Pyramidenzellen haben fast alle ihre Fortsätze eingebüsst und der Zellleib ist mit grobkörniger oder feinkörniger Masse angefüllt, nirgends fibrilläre Structur. Nach Nissl Veränderungen wie im Praecentralis, aber etwas schwächer.

Fall XII.

H. M., Arbeiterfrau, 54 Jahre alt, am 12. October 1903 aufgenommen.

Heredität, Trauma, Potus und Infection negirt. Seit einigen Jahren heftige Kopfschmerzen, Ziehen im Rücken, oft schwindlig und deprimirt. Gedächtniss nahm in letzter Zeit stark ab. Hände zittern.

Status: Pupillenstarre, Sprachstörung, allgemeine Hypalgesie, Steigerung der Kniephänomene. Demenz.

20. December 1903 sehr hinfällig, liegt meist wie benommen da, sehr unruhig. 23. December 1903 Tod.

Section: Leptomeningitis chronica diffusa. Sehr starkes Lungenemphysem und mässiges Oedem mit spärlicher pneumonischer Infiltration. Pyelonephritis. Aortitis, chronische Gastritis.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Markfasern erhalten; aber etwas vermindert.

Nach Bielschowsky Fibrillen in der I.—II. Schicht vermindert. Die Pyramidenzellen haben meist ihre Fortsätze verloren, und der Zellleib ist körnig zerstört.

Mit Nissl ist Infiltration und Wucherung an den Gefässen bemerkbar. Ganglienzellen stellenweise stark verändert.

Gyrus frontalis: Markfasern in der I. Schicht stark vermindert, stellenweise überhaupt keine Fasern mehr; in den übrigen Schichten auch zerfallene Markfasern vorhanden.

Nach Bielschowsky ist das Fibrillenflechtwerk gelichtet, doch nirgends ganz geschwunden. Die Pyramidenzellen sind relativ gut erhalten; nur die Richtung der Spitzenfortsätze schief und dieselben geschlängelt. Nur stellenweise ist der Zellkörper ziemlich stark verändert, und in der Peripherie sind zerfallene Reste der Fibrillen sichtbar.

Nach Nissl zeigen die Ganglienzellen hier und da Vacuolenbildung, sonst wie präcentralis.

Gyrus occipitalis: Nach Weigert wie in frontalis. Nach Bielschowsky

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Fibrillen in der I.—II. Schicht stark vermindert. Die Pyramidenzellen stellenweise gut erhalten, stellenweise ihrer Fortsätze beraubt.

Hier und da verlaufen die Spitzenfortsätze nach der Rindenoberfläche geschlängelt und verschmälert. Der Zellleib ist stark verändert.

Nach Nissl Veränderungen wie im präcentralis; nur schwächer. Wenige Plasmazellen.

Fall XIII.

M. O., Schreiber, 35 Jahre alt, am 20. Januar 1903 aufgenommen.

Keine Heredität. Potus und Lues negirt.

Am 19. des Monates konnte er plötzlich nicht sprechen, brachte nur unverständliche Laute heraus. Am 20. früh konnte er wieder nicht recht sprechen, wollte sein Kind erwürgen. Schwachsinnige Grössenideen.

Bei der Aufnahme bestand Pupillenstarre, Fehlen der Kniereflexe, Sprachstörung, Zuckungen durch den ganzen Körper. Demenz.

15. Februar 1903 Tod.

Section: Pachymeningitis fibrosa. Leptomeningitis chronica diffusa. Cystitis. Pyelonephritis. Aortitis. Residuen einer Pleuritis dextra.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Markfasern überall etwas vermindert. Nach Bielschowky sind die Fibrillen nur in der I.—II. Schicht etwas vermindert. Die Pyramidenzellen tragen noch kurze Spitzenfortsätze; die sonstigen Fortsätze sind schon verloren gegangen. In dem Zellleib sind die Fibrillen stark zerstört. Nach Nissl ist Infiltration und Wucherung der Gefässe sehr gering. Die Ganglienzellen zeigen meist Atrophie und nur stellenweise trübe Schwellung.

Gyrus frontalis: Nach Weigert sind die Markfasern in der Tangentialschicht relativ gut erhalten; doch ist diese stellenweise verschmälert, manche Fasern sind geschlängelt oder kleine in Bruchstücke zerfallen. Nach Bielschowsky sind die Fibrillen in der I.—II. Schicht sehr wenig vermindert. Die Pyramidenzellen haben meist keine Fortsätze mehr, und die Fibrillen des Zellleibes sind körnig zerfallen und nur noch als zerstreute Masse vorhanden.

Der Kern solcher Zellen hat sich intensiv schwarz gefärbt; die Zelle sieht dadurch wie gefleckt aus. An einigen Stellen zeigen die Pyramidenzellen aber noch gut erhaltene Fortsätze, wie normal.

Nach Nissl ist Infiltration und Wucherung der Gefässe hochgradig. Ganglienzellen sind stark verändert. Viel Stäbchenzellen und Plasmazellen.

Gyrus occipitalis: Markfasern sind in der Tangentialschicht meist untergegangen.

Nach Bielschowsky haben die Fibrillen in der I.—III. Schicht sich vermindert, aber nicht in hohem Maasse. Die Ganglienzellen sind stellenweise stark verändert. Nach Nissl ist das Bild wie im Gyrus frontalis, vielleicht sind die Veränderungen etwas schwächer.

Fall XIV.

S. W., Maurer, 39 Jahre alt, am 25. Februar 1902 aufgenommen.

Bruder angeblich geisteskrank. Potus negirt, ebenso Infection. Seit Fall

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Juni verändert, sehr reizbar und vergesslich, Kopfschmerz, Klagen über Schwindel.

Januar 1901 Anfall, Zuckungen am ganzen Körper, Schaum vor dem Mund. Zweiter Anfall im October 1901.

Seit dem letzten Anfall (23. Februar 1902) verwirrt.

Status: Reflectorische Pupillenstarre, Sprachstörung, gesteigerte Kniephänomene, Demenz.

11. August 1903 Exitus.

Section: Leptomeningitis chronica fibrosa. Zahlreiche Blutungen der Lungen. Zahlreiche Ecchymosen der Pleura. Residuen linksseitiger Pleuritis. Aortitis.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Nach Weigert sind die Markfasern in der oberen Rindenschicht vermindert, besonders sind in der I. Schicht die Fasern körnig und stäbchenförmig zerfallen, nur hier und da erscheinen längere, dicke Fasern.

Nach Bielschowsky Fibrillen gut erhalten, Pyramidenzellen stellenweise ohne Fortsätze.

Die intracellulären Fibrillen sind um den Kern herum vielfach gar nicht mehr sichtbar, während die körnig zerfallenen in der Peripherie noch deutlich sind.

Nach Nissl starke Infiltration und Wucherung der Gefässe, Ganglienzellen stark verändert, die Zellschichtung ganz verwaschen, hier und da Capillarblutung, Plasmazellen und Stäbchenzellen vorhanden.

Gyrus frontalis: Markfasern in der I.—II. Schicht ganz verschwunden.

Nach Bielschowsky die Fibrillen etwas vermindert, sonst wie praecentralis.

Nach Nissl wie praecentralis.

Gyrus occipitalis: Markfasern in der 1. Schicht körnig zerfallen.

Nach Bielschowsky Fibrillen gut erhalten. Die Veränderung der Ganglienzellen ist undeutlich. Nissl-Präparate ohne Besonderheit.

Fall XV.

B. M., Näherin, 40 Jahre alt, am 10. Juni 1903 aufgenommen.

Heredität unbekannt. Mit 14 Jahren Bleichsucht, 1898 Gonorrhoe und Lues, 1902 acuter Gelenkrheumatismus.

Seit einigen Jahren Schwindelanfälle, kurz vor Pfingsten Schlaganfall, seitdem oft Schwindel, Schmerzen am ganzen Körper.

Status: Pupillen different, Lichtreaction minimal, Sprachstörung, Kniephänomene gesteigert, unsicherer Gang, Depression, Theilnahmlosigkeit, Demenz.

12. August 1903 Tod durch Herzschwäche.

Section: Hydrocephalus externus et internus. Atrophia cerebri. Leptomeningitis chronica diffusa, Aortitis, Residuen rechtsseitiger Pleuritis. Lungenemphysem, Residuen von Peritonitis. Chronische Metritis.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis. Markfasern in der Tangentialschicht stark vermindert.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach Bielschowsky die feineren Fasern ziemlich stark verschwunden, die gröberen erhalten. Die Pyramidenzellen fast alle ohne Fortsätze und ihre Zellkörper auch stark verändert. Nach Nissl keine Infiltration um die Gefässe, geringfügige Wucherung von Endothel. Die Ganglienzellen zeigen die früher beschriebenen Veränderungen in ausgesprochenem Maasse.

Gyrus frontalis: Markfasern in der oberen Rindenschicht vermindert, besonders in der 1. Schicht ganz verschwunden.

Nach Bielschowsky sind die Fibrillen in der 1. bis 2. Schicht ziemlich stark vermindert. Die Ganglienzellen im Allgemeinen gut erhalten, aber stellenweise die Fortsätze untergegangen; die fibrilläre Structur im Zellkörper ganz körnig zerfallen und der Kern intensiv schwarz gefärbt. Nach Nissl wie im praecentralis, sonst Plasmazellen und Stäbchenzellen wenig vorhanden.

Gyrus occipitalis: Nach Weigert wie im praecentralis. Nach Bielschowsky sind die Fibrillen etwas vermindert, die Veränderung der Ganglienzellen und der Gefässe sehr gering. Wenig Plasmazellen.

Fall XVI.

P. H., Schneider, 36 Jahre alt, am 30. Mai 1902 aufgenommen.

Heredität unbekannt. Patient fühlte sich seit Weihnachten letzten Jahres krank und lag seitdem. Lues zugegeben, 2 Kinder todt geboren.

Klinisch: Pupillenstarre, Sprachstörung, Kniereflexe gesteigert, Verwirrtheit.

20. August 1902 Tod durch Bronchopneumonia sinistra.

Section: Leptomeningitis chronica diffusa. Atrophia cerebri. Bronchopneumonia sinistra.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis. Nach Weigert die Markfasern in der 1. Schicht stark abgenommen, hie und da liegen noch Körner und Bruchstücke als Zerfallproducte umher. Nach Bielschowsky haben die Fibrillen in der 1.—2. Schicht mässig abgenommen. Die Ganglienzellen sind stellenweise gut erhalten, stellenweise die Fortsätze und der Zellkörper stark zerstört. Nach Nissl ist die Veränderung der Gefässe und der Ganglienzellen sehr gering. Plasmazellen und Stäbchenzellen sind auch nur wenig vorhanden.

Gyrus frontalis: Markfasern sind stark vermindert, besonders sind Tangentialfasern nicht sichtbar.

Nach Bielschowsky sind die Fibrillen etwas vermindert, die Pyramidenzellen stark zerstört und ihre Fortsätze fast alle untergegangen. Nach Nissl ist Infiltration um die Gefässe und Wucherung von Adventitia und Endothel mittelmässig. Die Ganglienzellen zeigen besonders die trübe Schwellung. Stäbchenzellen sind reichlich.

Gyrus occipitalis: Markfasern sind gut erhalten, hie und da spärliche zerfallene Fasern. Nach Bielschowsky sind die Fibrillen meist erhalten, die Pyramidenzellen verändert, haben an Zahl abgenommen. Nach Nissl zeigen die Ganglienzellen wenig trübe Schwellung.

Fall XVIII.

H. L., Arbeiter, 39 Jahre alt, am 27. Juli 1905 aufgenommen.

Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Angeblich keine hereditäre Belastung. Potus zugegeben. Abortus der Frau. Seit einigen Wochen Schlafmangel, Kopfschmerz, fühlte sich übel, sei so zitterig, habe sich Morgens nicht einmal die Knöpfe selbst zumachen können, sehr vergesslich, Sprache in letzter Zeit schlecht, ihm sei Alles gleichgültig.

Status: Lichtreaction träge, Kniephaenomene gesteigert und Sprachstörung.

5. April 1906 Tod.

Section: Leptomeningitis chronica diffusa. Atrophia cerebri. Arteriosclerose der Hirnarterien. Circumscripte eitrige fibröse Pleuritis. Residuen linksseitiger Pleuritis.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Markfasern sind gut erhalten, aber stellenweise zerfallen. Fasern spärlich sichtbar.

Nach Bielschowsky die Fibrillen in der 1. Schicht etwas vermindert. Die Pyramidenzellen haben in der oberen Rindenschicht die Fortsätze verloren und an Zahl abgenommen.

Nach Nissl zeigen die Ganglienzellen trübe Schwellung und pigmentöse Degeneration. Infiltration um die Gefässe ist stark; Wucherung von Endothel und Adventitia.

Gyrus frontalis: Markfasern im Allgemeinen stark vermindert, besonders in der Tangentialschicht keine Fasern, ausser Resten von Trümmern. Nach Bielschowsky die Fibrillen stark vermindert. Die Ganglienzellen an Zahl stark abgenommen, fast alle ohne Fortsätze, daher keine normale Zellschichtung sichtbar. Die Fibrillen im Zellkörper ganz körnig zerfallen.

Nach Nissl wie Praecentralis; sonst reichliche Stäbchenzellen und Plasmazellen.

Gyrus occipitalis: Markfasern wie normal gut erhalten. Nach Bielschowsky Fibrillen gut erhalten, stellenweise die Pyramidenzellen verändert, und ihr Zellleib dunkel gefärbt. Nach Nissl wie Praecentralis; aber alle Veränderungen schwächer.

Fall XVIII.

L. G., Klempnermeister, 49 Jahre alt, wurde am 24. Mai 1906 aufgenommen. Angeblich keine Heredität. Im October 1904 Schlaganfall; war nachher auffallend stumpf, Gedächtniss nahm ab. 17. Juni Krampfanfall, heftige Zuckungen im ganzen Körper. 14. Mai 1906 zweiter Krampfanfall, danach hinfällig.

Klinisch: Pupillenstarre, Sprachstörung, Tremor der Hände, Knierefiexe lebhaft, spastisch-paretischer Gang. Demenz.

7. Juni 1906: Tod im Anfall.

Nur Kopfsection gestattet: Leptomeningitis chronica diffusa. Atrophia cerebri.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Markfasern wenig vermindert. Nach Bielschowsky die Fibrillen gut erhalten wie normal. Die Ganglienzellen wenig verändert. Nach Nissl Infiltration um die Gefässe und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wucherung von Adventitia und Endothel stark. Die Ganglienzellen zeigen starke Schwellung und pigmentöse Degeneration, Kerne an der Peripherie.

Gyrus frontalis: Markfasern in allen Schichten stark vermindert, besonders der oberen Rindenschicht ausser Bruchstücken und körniger Masse kaum sichtbar.

Nach Bielschowsky Fibrillen stark vermindert in der oberen Rindenschicht. Die Pyramidenzellen ebenda ohne Fortsätze. Fibrilläre Structur und ihre Zellkörper stark zerfallen.

Nach Nissl ist die Infiltration um die Gefässe und Wucherung von Adventitia und Endothel sehr stark ausgesprochen. Die Ganglienzellen sind stark verändert.

Gyrus occipitalis: Ohne Besonderheit.

Fall XIX.

Frau Cz. M., 45 Jahre alt, wurde am 18. Juni 1903 aufgenommen.

Heredität, Trauma, Potus negirt. Kein Abortus. Seit Ende April im Wesen verändert, sehr lebhaft, machte Witze, schlief schlechter. In letzter Zeit zunehmend unruhiger. Kopfschmerzen, Herzklopfen.

Status: Pupillen different, links > rechts, nicht ganz rund, Lichtreaction träge, Sprachstörung, Kniereflexe gesteigert. Demenz.

13. November 1903: Tod durch Phlegmone.

Section: Leptomeningitis chronica diffusa. Atrophia cerebri. Ependymitis granulosa. Trübes Herz. Fettleber.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Markfasern im Allgemeinen gut erhalten wie normal.

Nach Bielschowsky haben die Pyramidenzellen meist ihre Fortsätze verloren und zeigen Zerfall der intracellulären Fibrillen. Das extracelluläre Fibrillengeflecht ist etwas vermindert.

Nach Nissl wenig Endothelwucherung. Die Ganglienzellen zeigen neben anderen Veränderungen besonders das Bild der trüben Schwellung. Wenig Stäbchenzellen. Plasmazellen nicht vorhanden.

Gyrus frontalis: Markfasern stark vermindert. Nach Bielschowsky und Nissl wie im Gyrus praecentralis.

Gyrus occipitalis: Ohne Besonderheit.

Fall XX.

E. H., Steuermann, 33 Jahre alt, wurde am 1. December 1903 aufgenommen.

Keine Heredität, kein Trauma, kein Abortus. Vor 4 Jahren Malaria. Seit 1894 Kopfschmerz, nervös, seit 1900 immer leicht erregt, brauste auf, gab viel Geld aus, stiess beim Sprechen an.

Oefters Ohnmachtsanfälle, auch Krämpfe. Danach einmal für eine halbe Stunde die Sprache verloren. Grössenideen.

Klinisch bot der Kranke: Pupillen different, r. > l., Lichtreaction träge,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sprachstörung, am Nacken Leucoderma, Patellarreflexe lebhaft, Bewegungen unsicher, wenig kräftig, zitterig, Gang spastisch-paretisch. Demenz.

2. März Anfall mit Pupillenstarre und Zuckungen im ganzen Körper. Seither benommen.

8. März 1904 Tod.

Section: Pacchymeningitis interna haemorrhagica. Leptomeningitis chronica diffusa. Residuen einer rechtsseitigen Pleuritis und beginnende Pneumonie. Chronische Endarteriitis des Arcus aortae. Hyperämie und Induration der Niere. Trombose der linken Iliaca und Pl. vesicalis.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Markfasern diffus stark vermindert, besonders in der I. Schicht kaum sichtbar. Nach Bielschowsky haben die feineren Fasern etwas abgenommen. Die Ganglienzellen sind meist gut erhalten, haben nur an einigen Stellen die Fortsätze verloren und lassen Zerfall ihrer Fibrillen im Innern erkennen.

Nach Nissl ist die rundzellige Infiltration um die Gefässe und die Wucherung von Adventitia und Endothel stark.

Die Veränderung der Ganglienzellen mittelmässig. Stäbchenzellen und Plasmazellen vorhanden.

Gyrus frontalis: Markfasern in der oberen Rindenschicht (I. bis III.) sind ganz verschwunden. Nach Bielschowsky sind die Fibrillen in der I. bis III. Schicht nur etwas vermindert. Die Pyramidenzellen stellenweise stark vermindert, stellenweise gut erhalten. Nach Nissl ist das Verhalten der Gefässe wie im Praecentralis. Plasmazellen vorhanden.

Gyrus occipitalis: Markfasern sind etwas vermindert. Nach Bielschowsky sind die Fibrillen wenig gelichtet. Die Pyramidenzellen in der oberen Rindenschicht sind fast alle fortsatzlos, im Innern stark zerstört. Nach Nissl ist das Verhalten der Gefässe und Ganglienzellen wie im Praecentralis.

Fall XXI.

D. C., Gärtner, 35 Jahre alt, wurde am 26. Juni 1903 aufgenommen.

Keine Heredität, kein Trauma, kein Potus. Seit August 1903 Kopfschmerz und Herzklopfen, ängstlich. Leicht aufgeregt, reizbar. Letzte Nacht unruhig, glaubt sich vergiftet.

Bei der Aufnahme bot der Kranke: Träge Pupillenreaction, lebhafte Kniephänomene, Sprachstörung und Geistesstörung.

28. November 1903 Tod durch Pneumonie.

Section: Leptomeningitis chronica diffusa. Frische Pneumonie der linken Unterlappen. Residuen einer beiderseitigen Pleuritis. Aortitis.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Markfasern üppig vorhanden wie normal. Nach Bielschowsky die Fibrillen etwas vermindert. Die Pyramidenzellen in der oberen Rindenschicht stark verändert, aber in der unteren sehr gut erhalten. Nach Nissl hochgradige Infiltration um die Gefässe mit Wucherung von Adventitia und Endothel. Die Pyramidenzellen zeigen trübe Schwellung. Viel Stäbchen- und Plasmazellen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gyrus frontalis: Markfasern stark vermindert, besonders in der Tangentialschicht stark zerfallen, nur noch als Detritusmasse sichtbar.

Nach Bielschowsky haben die Fibrillen in der I. bis II. Schicht abgenommen.

Die Pyramidenzellen sind hie und da ohne Fortsätze und ihre fibrilläre Structur im Zellleib und die noch erhaltenen Fortsätze zerfallen; die meisten Zellen sind noch ziemlich gut erhalten.

Nach Nissl wie im Praecentralis.

Gyrus occipitalis: Nach Weigert ohne Besonderheit. Nach Bielschowsky die Fibrillen etwas vermindert und die Pyramidenzellen in der oberen Schicht mässig stark verändert.

Nach Nissl wie im Gyrus praecentralis.

Fall XXII.

W. W., Haushälterin, 50 Jahre alt, wurde am 11. November 1901 aufgenommen.

Seit einem Jahr verändert.

Klinisch: Pupillenreaction spurweise, starke Sprachstörung, Kniereflexe gesteigert. Gang schwerfällig und langsam. Tremor der Hände.

30. November 1903 Tod durch Marasmus.

Section: Starke Bronchitis. Lungencollaps. Residuen einer alten Pleuritis sinistra. Atrophie der Leber und Milz. Adenom der atrophischen Niere. Blutungen im Pancreas.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis. Markfasern in der oberen Rindenschicht sind stark vermindert. Nach Bielschowsky sind die Fibrillen ziemlich stark in der 1.—2. Schicht vermindert. Pyramidenzellen fast alle fortsatzlos, rundlich oder unregelmässig geformt. Der Zellleib mit körnigen Massen erfüllt und der Kern intensiv schwarz gefärbt. Nach Nissl mässige Infiltration um die Gefässe und Wucherung von Adventitia und Endothel.

Ganglienzellen stark verändert und zeigen meist trübe Schwellung. Stäbchenzellen wenig, Plasmazellen vorhanden.

Gyrus frontalis: Markfasern in der oberen Rindenschicht sind nicht ganz sichtbar.

Nach Bielschowsky haben die Fibrillen in der 1.—3. Schicht stark abgenommen. Die Veränderung der Pyramidenzellen wie im praecentralis, doch stärker und die Zahl derselben hat bedeutend abgenommen. Nach Nissl wie im praecentralis.

Gyrus occipitalis: Ohne Besonderheit.

Fall XXIII.

W. E., Klempnerfrau, 49 Jahre alt, wurde am 7. Mai 1904 aufgenommen.

Heredität unbekannt. 1902 psychisch erkrankt, Behandlung in Irrenanstalt, dann Besserung. Im Hause bald wieder Verschlimmerung. Sie vergass Alles und ging mit Geld unsinnig um.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Status: Pupillenstarre, Sprachstörung, Fehlen von Kniereflexen, sehr unsicherer und steifbeiniger Gang. Demenz.

6. Juli 1904 Tod.

Section: Leptomeningitis chronica diffusa. Pachymeningitis fibrosa. Eitrige Bronchitis, chronische Endarteriitis der Aorta. Perihepatitis.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis. Markfasern sind in der oberen Rindenschicht fast verschwunden. Nach Bielschowsky sind die feineren Fasern in der 1. Schicht etwas vermindert. Die Pyramidenzellen sind meist gut erhalten, nur einige sind hie und da ohne Fortsätze und zeigen Fibrillenzerfall im Zellleib.

Nach Nissl ist Infiltration um die Gefässe und Wucherung von Adventitia und Endothel mittelmässig. Sehr geringe Veränderungen an den Ganglienzellen.

Gyrus frontalis: Markfasern sind in der Tangentialschicht ganz untergegangen und nicht mehr sichtbar, in den übrigen Schichten auch theilweise zerfallen und sehr vermindert.

Nach Bielschowsky sind die Fibrillen in der 1.—3. Schicht stark vermindert, doch nirgends ganz verschwunden. Die Pyramidenzellen haben ihre Fortsätze verloren und zeigen im Zellkörper Zerfall, an einigen Stellen finden sich auch äusserlich noch gut erhaltene Zellen, welche aber im Innern stark zerfallene Fibrillen, intensive Schwarzfärbung des Kernes haben. Manchmal sind ihre Fortsätze geschlängelt. Nach Nissl wie praecentralis, aber die Veränderung der Ganglienzellen stärker.

Gyrus occipitalis: Markfasern ziemlich stark in der oberen Rindenschicht vermindert. Nach Bielschowsky und Nissl keine Besonderheit.

Fall XXIV.

H. H., Gerichtsvollzieher, 53 Jahre alt, wurde am 7. März 1904 aufgenommen.

Keine Heredität, kein Trauma und Potus. Seit Mitte Januar 1904 Schlafmangel und Herzklopfen. In den Beinen früher rheumatische Beschwerden. Seit 8 Wochen hypochondrische Ideen und Eifersucht gegen die Frau.

Klinisch: Pupillenstarre, Sprachstörung, Fehlen von Kniereflexen, depressive Wahnbildung.

5. Juni 1904 Tod.

Section: Leptomeningitis chronica diffusa. Eitrige Bronchiolitis, Bronchopneumonie des rechten Unterlappens, Pleuritis fibrinosa dextra. Schrumpfniere. Glatter Zungengrund.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis. Markfasern in allen Rindenschichten ziemlich stark vermindert, in der oberen nur noch zerfallene Fasern zu sehen.

Nach Bielschowsky Fibrillen nur in der 1.—6. Schicht ziemlich stark vermindert. Die Zahl der Pyramidenzellen hat stark abgenommen, die Fortsätze erscheinen kurz abgebrochen oder ganz untergegangen. Die Fibrillen des Zellkörpers und der Fortsätze körnig zerfallen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Kern intensiv gefärbt und aufgequollen.

Nach Nissl zeigen die Pyramidenzellen homogene Schwellung. Keine Infiltration um die Gefässe und keine Wucherung von Adventitia und Endothel. Keine Stäbchenzellen, keine Plasmazellen.

Gyrus frontalis: In der Markstrahlung sieht man circumscripte Herde von Markfaserausfall.

Nach Bielschowsky fehlen diese Herde. Die Veränderungen sind wie im praecentralis, nur stärker.

Nach Nissl wenig Wucherung von Endothel und Adventitia. Die Ganglienzellen zeigen meist sclerotische Schrumpfung vom Zellleib und Kern mit Schlängelung der Fortsätze.

Gyrus occipitalis: Nach Weigert sind die Markfasern im Allgemeinen gut erhalten, wenige zerfallene Fasern sind hier und da bemerkbar. Nach Bielschowsky sind die Fibrillen in der I. Schicht etwas vermindert. Pyramidenzellen haben an Zahl etwas abgenommen; nur wenige Zellen zeigen Veränderungen.

Nach Nissl keine Besonderheit.

Fall XXV.

K. K., Arbeiter, 49 Jahre alt, wurde am 17. Januar 1905 aufgenommen.

Heredität unbekannt. Lues zugegeben. Klinisch bestand spurweise Pupillenreaction und Differenz der verzogenen Pupillen. Tremor manuum, Sprachstörung, Steigerung der Kniereflexe, Geistesstörung.

22. Juni 1905 Tod durch Gehirnlähmung.

Nur Kopfsection gestattet: Leptomeningitis chronica diffusa. Atrophia cerebri. Arteriosklerose der Gehirnarterien.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Markfasern fast so üppig vorhanden wie normal. Nach Bielschowsky erscheinen die Fibrillen etwas vermindert. Die Pyramidenzellen haben stellenweise ihre Fortsätze verloren. Die fibrilläre Structur der Zellen ist stellenweise zerfallen, stellenweise sehr gut erhalten.

Nach Nissl sind die Infiltrationen der Gefässe und Wucherung von Adventitia und Endothel stark. Die Ganglienzellen sind ebenfalls stark verändert, meist zeigen sie homogene Schwellung.

Stäbchenzellen sind wenig vorhanden. Plasmazellen.

Gyrus frontalis: Markfasern sind stark zu Grunde gegangen. Nach Bielschowsky sind Fibrillen in der oberen Rindenschicht ziemlich stark vermindert. Die Pyramidenzellen haben fast alle ihre Fortsätze verloren und ihre Formen verändert, sind hier und da ganz zu Grunde gegangen. Vielfach sind die Zellkörper mit körnigen Massen erfüllt und der Kern ist an die Peripherie gerückt. Manchmal ist der Zellleib zerfallen. Nach Nissl sind Infiltration um die Gefässe und Wucherung von Endothel und Adventitia stark ausgesprochen. Die Ganglienzellen zeigen meist homogene Schwellung.

Stäbchenzellen sind zahlreich vorhanden. Plasmazellen in geringer Zahl.

Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Gyrus occipitalis: Markfasern sind in der I.—II. Schicht ziemlich stark vermindert. Nach Bielschowsky zeigen die Fibrillen das gleiche Verhalten. Die Veränderung der Ganglienzellen ist undeutlich.

Nach Nissl wie im Gyrus praecentralis.

Fall XXVI.

E. O., Drechsler, 45 Jahre alt, wurde am 24. Februar 1906 aufgenommen.

Heredität nicht bekannt. Patient sei stets etwas reizbar und aufgeregt gewesen. Seit einigen Monaten verändert, Gedächtniss sei fort.

Status: Pupillen stark verzogen und starr, Sprachstörung, Tremor der der Hände, Kniephänomene gesteigert, Gang spastisch-paretisch, Geistesschwäche.

18. Juli Tod.

Section: Pachymeningitis haemorrhagica. Leptomeningitis chronica diffusa fibrosa. Atrophia cerebri. Pleuritis duplex. Endoarteriitis der Aorta.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Markfasern gut erhalten, wie fast normal. Nach Bielschowsky haben die kleinen Pyramidenzellen fast alle ihre Fortsätze verloren. Die grossen Pyramidenzellen sind auch meist fortsatzlos und die fibrilläre Structur ihres Zellkörpers ist stark zerstört. Die Ganglienzellen in der unteren Rindenschicht noch gut erhalten.

Nach Nissl ist Infiltration um die Gefässe und Wucherung von Endothel und Adventitia mässig. Die Veränderung der Ganglienzellen mittelmässig. Stäbchenzellen sind wenig vorhanden.

Gyrus frontalis: Markfasern in den oberen Schichten etwas vermindert.

Nach Bielschowsky sind nur die Fibrillen in der I. Schicht deutlich vermindert. Nach Nissl wie präcentralis, aber noch stärker.

Gyrus occipitalis: Nach Weigert wie normal. Nach Bielschowsky die Fibrillen etwas vermindert, die Pyramidenzellen haben kurze Spitzenfortsätze.

Nach Nissl keine Infiltration und keine Wucherung der Gefässe. Ganglienzellen zeigen homogene Schwellung. Stäbchenzellen wenig, Plasmazellen keine.

Fall XXVII.

W. H., Töpfer, 40 Jahre alt, wurde am 14. Mai 1906 aufgenommen.

Seit Mai geistig gestört, verweigert die Nahrung, drängte fort. Krampfanfälle.

Status: Pupillenstarre, Sprachstörung, Kniereflexe gesteigert, Gehstörung, Depression und Gedächtnissschwäche.

6. Juni 1906: Exitus letalis.

Section: Leptomeningitis chronia diffusa. Atrophia cerebri. Embolie der Pulmonalarterie. Embolus im rechten Herz. Thrombose des linken Sinus transversus. Thrombus in der linken Inguinalvene. Infarct der Lungen. Frische Pleuritis mit zahlreichen Ecchymosen und geringem Erguss. Hypertrophie des rechten Herzens.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Markfasern in der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. bis 2. Schicht etwas vermindert. Nach Bielschowsky die Fibrillen in der Tangentialschicht etwas vermindert. Kleine Pyramidenzellen haben ihre Fortsätze verloren und ihre Zellformen verändert, sonst keine Besonderheit.

Nach Nissl ist Infiltration um die Gefässe und Wucherung von Adventitia und Endothel hochgradig. Ganglienzellen zeigen meist homogene Schwellung. Plasmazellen und Stäbchenzellen viel.

Gyrus frontalis: Markfasern in der oberen Rindenschicht stark vermindert, besonders in der 1. Schicht ganz verschwunden.

Nach Bielschowsky die Fibrillen etwas vermindert. Die Pyramidenzellen ohne Fortsätze und mit kurzen Stümpfen von Spitzenfortsätzen versehen, dagegen in der unteren Schicht relativ gut erhalten.

Nach Nissl wie im Gyrus praecentralis.

Gyrus occipitalis: Nach Weigert ohne Besonderheit. Nach Bielschowsky die Fibrillen etwas vermindert; die Pyramidenzellen stellenweise verändert. Nach Nissl leichte Infiltration um die Gefässe und Wucherung von Endothel und Adventitia. Die Veränderung der Ganglienzellen gering. Stäbchenzellen nicht viel und Plasmazellen.

Fall XXVIII.

G. A., Kaufmann, 40 Jahre alt, wurde am 11. October 1904 aufgenommen.

Angeblich keine Heredität. Vor 5 Jahren an verdächtigem Ulcus gelitten. Seit letzten Weihnachten vergesslich, leicht aufgeregt und reizbar.

Klinisch: Pupillenstarre, Sprachstörung, Hände zittern ziemlich stark. Patellarreflexe gesteigert. Euphorische Demenz.

31. Juli 1905: Tod durch paralytischen Anfall.

Section nur des Kopfes gestattet: Pachymeningitis fibrosa. Leptomeningitis chronica diffusa. Atrophia cerebri.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Nach Weigert leichter Zerfall der Tangentialfasern. Nach Bielschowsky die Fibrillen der 1. bis 2. Schicht etwas vermindert. Die Pyramidenzellen zeigen unregelmässige Ordnung; ihre Fortsätze laufen schief und fast horizontal gegen die Rindenoberfläche oder geschlängelt; stellenweise mit kurzen Spitzenfortsätzen, oder sie haben die Fortsätze verloren und die fibrilläre Structur ist zerstört.

Nach Nissl Infiltration um die Gefässe und starke Wucherung von Endothel und Adventitia. Homogene Schwellung der Ganglienzellen und Pigmentdegeneration. Plasmazellen und Stäbchenzellen reichlich.

Gyrus frontalis: Markfasern in der 1. Schicht etwas mehr vermindert.

Nach Bielschowsky haben die feinen Fasern etwas abgenommen. Die Pyramidenzellen fortsatzlos und der Zellleib stark verändert.

Nach Nissl wie im Praecentralis.

Gyrus occipitalis: Ohne Besonderheit.

Fall XXIX.

L. C., Arbeiterfrau, 55 Jahre alt, wurde am 4. Juni 1904 aufgenommen. Seit December geisteskrank.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Klinisch: Pupillenstarre, Sprachstörung, Kniereflexe gesteigert. Gang etwas steifbeinig. Tremor der Hände. Allgemeine Analgesie, Geistesschwäche.

26. Juni 1904: Tod.

Section: Atrophia cerebri. Braune Atrophie des Herzens. Starke Fleckung der Aorta und Pulmonalklappen. Starkes Lungenödem und Emphysem.

Mikroskopische Untersuchung: Gyrus praecentralis: Ohne Besonderheit nach Weigert. Nach Bielschowsky die extracellulären Fibrillen intact. Die Pyramidenzellen, welche nur kurze Fortsätze tragen, zeigen Zerstörung der fibrillären Structur im Zellleibe. Nach Nissl rundzellige Infiltration der Gefässe und Wucherung von Endothel und Adventitia sehr leicht. Die Ganglienzellen zeigen vielfach Chromatolyse.

Gyrus frontalis: Nach Weigert sind die Markfasern stark vermindert, besonders in der 1. Schicht ganz verschwunden. Nach Bielschowsky die Fibrillen in der 1. bis 2. Schicht ziemlich stark gelichtet. Die Pyramidenzellen haben fast alle keine Fortsätze, und die Fibrillen im Zellkörper sind in körnige Massen zerfallen; aber an einigen Stellen sind die Pyramidenzellen noch gut erhalten. Nach Nissl starke Infiltration und Wucherung der Gefässe, sonst wie im Praecentralis. Keine Stäbchenzellen. Wenig Plasmazellen.

Gyrus occipitalis: Markfasern ohne Besonderheit. Nach Bielschowsky sind die Fibrillen in der 1. bis 3. Schicht mässig vermindert. Die Pyramidenzellen im Allgemeinen wie gefleckt intensiv schwarz gefärbt, der Kern auch. Die fibrilläre Structur des Zellleibs in Detritusmasse verwandelt. Die Fortsätze hier und da in kurze Stücke zerfallen. Nach Nissl wie Gyrus praecentralis.

Fall XXX.

R. A., Weichensteller, 50 Jahre alt, wurde am 29. Juli 1906 aufgenommen.

Heredität unbekannt. Kein Potus. Lues zugegeben. In letzter Zeit sehr vergesslich, reizbar, ärgerte sich über alles, schlief sehr wenig.

Bei der Aufnahme bot der Kranke Pupillenstarre, Sprachstörung, Fehlen der Kniereflexe, Hypalgesie der unteren Extremitäten, schwankenden Gang, Geistesschwäche.

19. August 1906: Tod.

Section nur des Kopfes gestattet: Leptomeningitis chronica diffusa. Atrophia cerebri. Ependymitis granulosa.

Gyrus praecentralis: Markfasern ohne Besonderheit; im Fibrillenpräparate Ganglienzellen etwas verändert. Nach Nissl sehr starke Infiltration um die Gefässe und Wucherung von Endothel und Adventitia. Ganglienzellen zeigen homogene Schwellung und Pigmentdegeneration. Stäbchenzellen und Plasmazellen.

Gyrus frontalis: Markfasern in der oberen Rindenschicht stark vermindert. Nach Bielschowski die Fibrillen gut erhalten; nur die Pyramidenzellen zeigen stellenweise keine Fortsätze und zerfallene Fibrillen. Nach Nissl wie im Praecentralis.

Gyrus occipitalis: Nach Weigert ohne Besonderheit. Nach Nissl wie

Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

im Praecentralis, aber etwas schwächer. Nach Bielschowsky Fibrillen gut erhalten, aber Ganglienzellen hier und da etwas verändert.

Auf Grund dieser Untersuchungen über das Verhalten der Fibrillen in der Grosshirnrinde von Paralytikern stimme ich im Grossen und Ganzen mit den Resultaten von Bielschowsky und Brodmann überein; aber ich möchte noch einige Punkte dazu ergänzen, wie die folgende Zusammenfassung meiner Befunde zeigen wird.

Die Veränderungen an den Nervenzellen erfordern in allen Fällen Beachtung, obgleich sie nur manchmal eine auffallend starke Ausprägung erfahren.

Oft sind die Fortsätze der Nervenzellen, besonders die Spitzenfortsätze wie abgehackt, nur als kurze Stümpfe vorhanden. Stellenweise sind sogar fast alle Fortsätze verloren gegangen und die Nervenzellen blasig angeschwollen, die gewohnten äusserlichen Conturen verloren gegangen, ihre Gestalt unregelmässig oder rundlich geworden.

Die Neurofibrillen des Zellleibes erscheinen erst zerstückelt, dann grobkörnig, endlich in feine Staubmasse zerfallen oder total verschwunden. Anfangs bleiben die Fibrillen, welche sich in körnige Masse verwandelt haben, in regelmässiger Anordnung, sodass man den früheren Faserverlauf reconstruiren kann; aber später werden sie ganz unregelmässig zerstreut. In normalen Fibrillenpräparaten stellen die Fibrillen in der perinucleären Zone sich als ein dichtes Geflecht dar.

Bei der Paralyse wird zuerst diese Zone von der Veränderung afficirt.

Bei starker Veränderung verschwinden hier sogar die zerfallenen Fibrillen allmälig ganz; die perinucleäre Zone erscheint ganz hell, während in dem peripherischen Theil der Zelle die Fibrillen noch relativ gut persistiren.

Auf Grund dessen ist anzunehmen, dass die Auflösung der Fibrillen zuerst in dem perinuclären Theile beginnt, dann nach der Peripherie übergreift. In diesem Sinne hat sich auch Raecke geäussert.

Die Fibrillen der Fortsätze, besonders der Apicaldendriten gerathen dann in körnigen Zerfall; aber man kann beobachten, dass sie sich oft noch verhältnissmässig gut erhalten haben, während die Fibrillen im Zellleibe bereits körnig zerfallen sind.

Marinesco hat beschrieben, dass im Allgemeinen der basale Theil des Zellkörpers viel stärker erkrankt sei, als die Apicalfortsätze. Das Gleiche habe ich auch wiederholt constatiren können; aber ich möchte doch glauben, dass der Zerfall der Neurofibrillen im Zellkörper überhaupt beginnt und auf die Fortsätze übergreift, weil sich in unseren Präparaten immer hat nachweisen lassen, dass die Fibrillen im Zellleib

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

körnig zerfallen waren, ehe die Fortsätze sich an dem Zerfallprocess betheiligen. Sonst habe ich hier und da auch Zellen gesehen, in deren Zellkörper die Fibrillen schon stark zerstört waren, ebenso die Fortsätze auf kurze Strecken in nächster Umgebung des Zellkörpers, wogegen die Strecke darüber hinaus relativ gut erhaltene Fibrillen zeigte.

Der Ansicht von Dagonet, dass bei der Paralyse die fibrilläre Structur in den Zellen ganz intact bleibe, lässt sich jedenfalls absolut nicht beipflichten. Derartige Befunde, wie sie dieser Autor beschreibt, haben wir niemals getroffen, sondern in allen Fällen deutliche Veränderungen der intracellulären Fibrillen constatirt.

Hinsichtlich der protoplasmatischen Fortsätze hatten Klippel und Azoulay schon mit der alten Golgi-Methode Atrophie und Schwund der feinsten Zweige der Nervenzellen beschrieben. Auch in unseren Fibrillenpräparaten zeigten sich stets die zarten Fortsätze früher verschwunden, während die Fibrillen in den Apicaldentriten relativ gut erhalten sein konnten.

Man wird also wohl sagen dürfen, dass die Fibrillen der Apicaldentriten widerstandsfähiger sind, als die anderer Fortsätze.

In vorgeschrittenen Fällen von Paralyse ergab auch die Fibrillenmethode das von der Nisslfärbung her bekannte Bild, dass die Zellschichtung ganz verwaschen wurde, sodass man die verschiedenen Zellarten nicht mehr recht auseinanderhalten konnte. Die Anordnung der Nervenzellen erschien regellos. Ihre Reste lagen nach theilweisem und völligem Verlust der Fortsätze zerstreut umher und sie hatten an Zahl bedeutend abgenommen, besonders die kleinen und grossen Pyramidenzellen.

Extracellulär war das feinere Filzwerk im Vergleich zum normalen Präparat wohl stets etwas vermindert, doch war diese Abnahme bisweilen so unbedeutend, dass man darüber im Zweifel sein konnte.

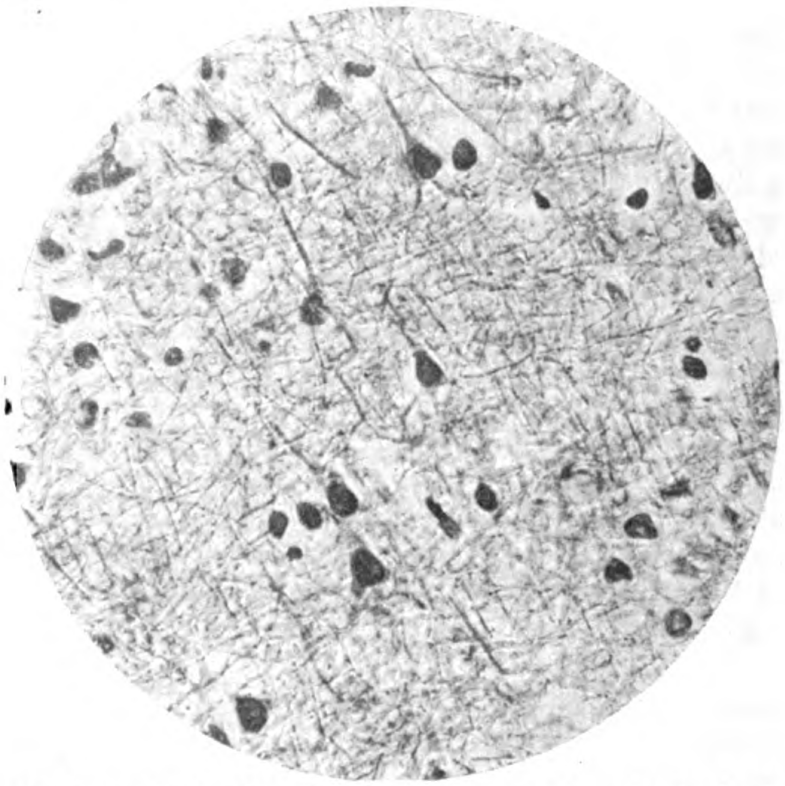
Der Schwund der Fibrillen in der I. bis II. Schicht, besonders in der I. Schicht war noch am deutlichsten. Allein bei Vergleichen mit Markscheidenpräparaten, welche aus derselben Gegend entnommen waren, fiel sofort auf, dass die Fibrillen sehr viel besser erhalten waren, als die Markscheiden. Hier konnte man oft einen ausserordentlich grossen Unterschied sehen; so sind in unserem Photogramm I die extracellulären Fibrillen noch üppig vorhanden, während in Photogramm II, welches der gleichen Stelle entnommen ist, gar keine Fasern sichtbar werden.

Es wäre also Dagonet zuzugeben, dass an Stellen, an welchen im Markscheidenpräparat fast alle Fasern untergegangen sind, die Fibrillen noch üppig erhalten bleiben können. Aber darum pflegen die Fibrillen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei der Paralyse doch nicht unversehrt zu sein, wie jener Autor meinte.

Man darf vielmehr nur sagen, dass im Allgemeinen bei der Paralyse die Markscheiden früher zu Grund gehen, als die Fibrillen. Raecke hat wegen dieses Verhaltens erwogen, ob das lange Erhaltenbleiben der Achsencylinder vielleicht im Stande sei, das gelegentliche Auftreten weitgehender Remissionen zu erklären.



Figur I. Extracelluläre Neurofibrillen nach Bielschowsky in der II. bis III. Schicht eines Paralytikers (Fall VIII) noch ziemlich gut erhalten.

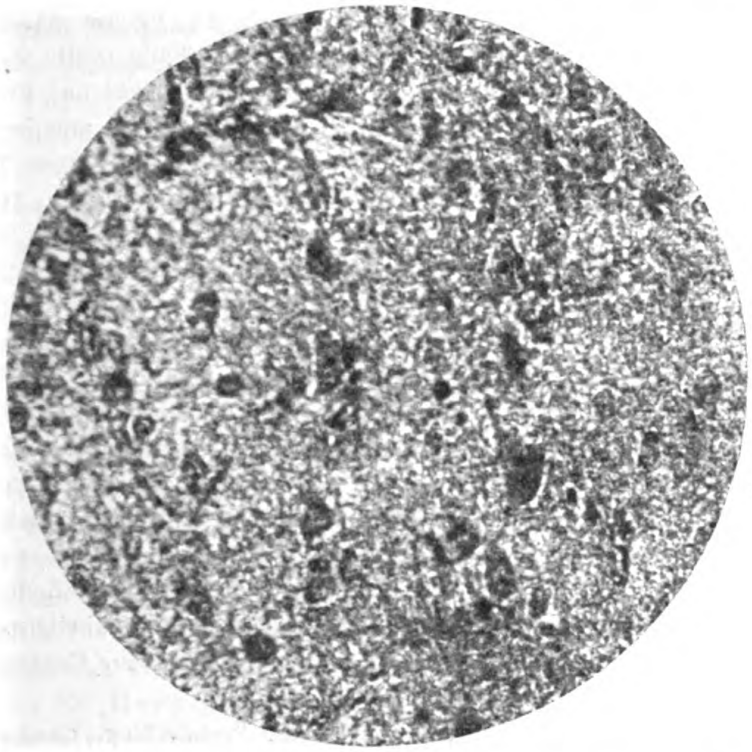
Der Markfaserschwund betrifft bei der Paralyse im Allgemeinen diffus die ganze Grosshirnrinde; indess ergab doch wieder ein Vergleich unserer Präparate mit entsprechenden von normalem Gehirn, dass der Hinterhauptlappen manchmal in nur sehr leichtem Grade ergriffen war, manchmal sogar überhaupt keinen Markschwund erkennen liess.

Im Einzelnen verhielt sich der Hinterhauptlappen in unseren 30 Fällen wie folgt.

In Fall 5, 11, 28, 30 zeigte sich leichter Faserschwund. Fall 3, 4, 6, 7, 10, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29 liessen keinen deutlichen Faserschwund erkennen. Fall 1, 2, 8, 9, 12, 13, 14, 15,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

23, 25 boten starken Markfaserausfall. Also unter 30 Fällen fand sich 16 Mal kein merklicher Faserschwund, 4 Mal ein Ausfall leichten Grades; in 10 Fällen nur hatte derselbe einen hohen Grad erreicht. Weit stärker und regelmässiger betroffen erwies sich die Stirngegend,



Figur II. Im Markscheidenpräparat nach Weigert sind Markfasern in derselben Gegend gar nicht sichtbar. Objectiv Zeiss D. Projectionsocular 6.

welche in allen unseren Fällen einen ganz erheblichen Ausfall erlitten hatte.

Zwischen diesen beiden Extremen hielt der Grad des Markfaserschwundes in der vorderen Centralwindung ungefähr die Mitte, indem diese Gegend nur in Fall 25, 28, 29, 30 also 4 Mal von einem deutlichen Ausfall verschont blieb, im Uebrigen aber sich stärker betroffen zeigte als der Gyrus occipitalis superior.

Vergleicht man mit diesen Ergebnissen unsere einzelnen Fibrillen, befunde, so zeigt sich, dass der Ausfall der extracellulären Fibrillen in den Silberpräparaten nach Bielschowsky meist in einem bestimmten Verhältniss stand zu dem Schwund der Markfasern. Im Occipitalislappen hatten 16 Fälle (Fall 3, 4, 5, 6, 7, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 21

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

22, 23, 28, 30) fast keinen Faserschwund aufzuweisen und konnten als normal gelten. 10 Fälle (Fall 1, 8, 11, 13, 15, 20, 24, 26, 27, 29) zeigten mehr oder weniger deutliche Fibrillenabnahme. In 4 Fällen (Fall 2, 9, 12, 25) fand sich eine hochgradige Lichtung; nur war die Veränderung stets schwächer als beim Mark. Im Gyrus frontalis zeigten dagegen 18 Fälle (Fall 1, 3, 4, 6, 7, 11, 12, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29) starken Fibrillenausfall; 10 Fälle (Fall 2, 5, 8, 10, 13, 14, 16, 19, 20, 26) mehr oder weniger deutliche Fibrillenverminderung und nur 2 Fälle (Fall 9, 30) eine ganz unwesentliche Abnahme der Fasern. Endlich im Gyrus praecentralis hatten 7 Fälle (Fall 1, 4, 8, 9, 15, 22, 24) starken Fibrillenschwund erlitten; 16 Fälle (Fall 2, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 28) mässigen Faserausfall und 6 Fälle (Fall 3, 5, 14, 25, 29, 30) ergaben ein fast normales Bild.

Vergleicht man die Fibrillen- mit den Markscheidenpräparaten, so sieht man, dass der Faserausfall im Grossen und Ganzen bei beiden nach seiner Vertheilung übereinstimmt. Die kleinen Unterschiede im Einzelnen sind zu unerheblich, um in Betracht zu kommen. Da, wo eine merkliche Fibrillenabnahme stattgefunden hat, erscheint auch ein deutlicher Schwund der Markscheiden. Nur ist da, wo der Markscheidenschwund sehr stark wird, nicht immer der Fibrillenausfall so deutlich. Es lässt sich in Folge dessen sehr wohl die Fibrillenmethode nach Bielschowsky für die Erforschung des paralytischen Krankheitsprocesses neben den bisher üblichen Methoden und speciell zur Controllirung früherer Markfaserbefunde verwenden.

Am Wesentlichsten erscheint mir da die Feststellung, dass allemal in unseren Fällen Markscheiden und extracelluläre Fibrillen am stärksten in der Tangentialschicht afficirt worden sind.

In diesem Punkte stimmt unser Befund ganz überein mit demjenigen von Tuczek, nur mit der Einschränkung, dass nach Tuczek's Ansicht die Markfasern in der zweiten bis dritten Schicht und den noch tieferen Schichten stets erst afficirt sein sollen, wenn sie in der Tangentialschicht schon ganz verschwunden sind, während in unseren Präparaten die Markfasern in der Tangentialschicht noch in geringer Anzahl vorhanden waren, als bereits deutlicher Faserschwund in der 2. bis 3. Schicht beobachtet werden konnte.

In dieser Frage ist also Zacher Recht zu geben. Dagegen lassen sich die Ergebnisse, zu welchen Kaes mit seiner rechnerischen Methode gelangt ist, in keiner Weise mit den klaren Fibrillenbildern vereinigen.

Kaes hat nämlich über den Markfaserschwund der einzelnen Schichten behauptet, dass der Ausfall nicht in der Tangentialschicht,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sondern in der 2.—3. Schicht am stärksten sei, wo sich nach ihm die höheren Intelligenzvorgänge abspielen sollen. Kaes weist darauf hin, dass an dieser Stelle die Markumhüllung am spätesten sich einzustellen pflege und glaubt, in der Intensität des vorhandenen Faserschwundes direct einen Maassstab für die Grösse der Demenz zu besitzen.

Ferner hat Kaes hervorgehoben, dass die Stärke der Veränderungen im Gyrus praecentralis und Gyrus occipitalis keinen Unterschied aufweisen sollen.

In unseren Fällen hat jedoch der Gyrus occipitalis 16 Mal weder im Fibrillenpräparat noch im Markscheidenpräparat einen Faserausfall erkennen lassen; während der Gyrus praecentralis nur in 6 Fällen bei Fibrillenpräparaten und in 4 Fällen bei Markscheidenpräparaten intact erschien.

Wenn auch von der Anwendung der sehr umständlichen rechnerischen Methode Abstand genommen wurde, so lässt sich doch wohl gegenüber Kaes behaupten, dass die von ihm aufgestellten Regeln lange nicht auf alle Fälle zutreffen dürften. Recht hat Kaes dagegen mit der Behauptung, dass tiefere Rindenschichten mit betroffen sind, und dass die Projectionsfasern einen geringen Ausfall zeigen, weil wenigstens unsere Befunde mit diesem Resultat übereinstimmen.

Kaes hat ferner vermuthet, dass die Ganglienzellen wohl zuerst erkranken, und dass der secundäre Schwund der Markscheiden ein Zeichen der Functionsunfähigkeit sei.

Auch das wird durch unsere Befunde bestätigt, da in unseren Präparaten die Ganglienzellen fast durchweg starke Veränderungen erlitten hatten, während die extracellulären Fibrillen und die Markfasern noch ziemlich gut erhalten sein konnten. Und zwar sei hier auch darauf hingewiesen, wie im Silberpräparat nach Bielschowsky sich stets erkennen lässt, dass die Nervenzellen mit ihren Fortsätzen früher der Zerstörung und dem Untergange verfallen, als das Fasergeflecht ausserhalb der Ganglienzellen.

Dieses erscheint mitunter so gut wie normal geblieben, während die Nervenzellen stärkere Veränderungen erfahren haben.

Dagegen liess sich in unseren Präparaten niemals constatiren, dass etwa die freien Fibrillen eine Lichtung erfahren hatten, während die Nervenzellen noch keine Veränderung darboten.

Es spricht dieses Verhalten, wie gesagt, dafür, dass bei der Paralyse gerade die Erkrankung der Nervenzellen eine grosse Rolle zu spielen pflegt, und dass der Untergang der Achsencylinder dem gegenüber einen mehr secundären Vorgang darstellt.

Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Eine für die Paralyse charakteristische Form der Zellenerkrankung giebt es nicht.

Kaes hat ferner gesagt, dass der Faserausfall zu der Krankheitsdauer in einem directen Verhältnisse stehe. Je länger die Krankheitsdauer gewesen sei, desto stärker werde der Faserausfall erscheinen.

Auch in unseren Fällen hat der Faserausfall im Allgemeinen mit der Krankheitsdauer an Ausdehnung zugenommen, wenn auch leichte individuelle Verschiedenheiten bestehen.

Die auf folgenden Tabellen zum Ausdruck gebrachte Thatsache hat uns hiervon überzeugt.

Je länger die Krankheitsdauer gewesen ist, desto stärker ist der Faserausfall.

Vergleicht man die zwei Tabellen mit einander, so ergiebt sich für beide das gleiche Verhältniss. Da, wo in Markscheidenpräparaten starker oder schwacher Faserausfall vorhanden ist, erscheint in Fibrillenpräparaten starke oder schwache Fibrillenabnahme.

Verhältniss des Markfaserausfalls zur Krankheitsdauer.

Krankheitsdauer	Fall	Sehr starker Faserausfall			Mittelstarker Faserausfall			Wenig starker Faserausfall			Normal		
		F.	P.	O.	F.	P.	O.	F.	P.	O.	F.	P.	O.
Unter 1 Jahre	7	5	—	1	1	2	—	1	4	1	—	1	5
1 Jahr	12	10	3	2	1	1	—	1	7	3	—	1	7
2 Jahre . . .	6	6	3	2	—	2	2	—	—	1	—	1	1
3 Jahre . . .	4	4	2	2	—	—	—	—	2	1	—	—	1
Ueber 3 Jahre	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Summe . .	30	26	8	7	2	5	2	2	14	6	—	3	15

F. = Gyrus frontalis. — P. = Gyrus praecentralis. — O. = Gyrus occipitalis.

Verhältniss des Fibrillenausfalls zur Krankheitsdauer.

Krankheitsdauer	Fall	Sehr starker Fibrillenausfall			Mittelstarker Fibrillenausfall			Wenig starker Fibrillenausfall			Normal		
		F.	P.	O.	F.	P.	O.	F.	P.	O.	F.	P.	O.
Unter 1 Jahre	7	2	—	—	2	2	2	2	4	1	1	1	4
1 Jahr	12	2	—	1	3	1	—	5	10	4	1	3	6
2 Jahre . . .	6	3	2	—	—	1	1	2	1	3	1	2	2
3 Jahre . . .	4	3	1	2	—	—	—	1	2	2	—	—	1
Ueber 3 Jahre	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Summe . .	30	11	4	3	5	4	3	10	17	10	3	6	14

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ob die Faserabnahme vom Lebensalter abhängig ist, wie Kaes glaubte, vermag ich nicht zu sagen; richtig ist, dass bei juveniler Paralyse die Veränderungen besonders schwer waren.

Hinsichtlich der alten Streitfrage, ob bei der Paralyse der primäre Process im Parenchym oder im interstititiellen Gewebe und dessen Adnexen zu suchen sei, bringt leider auch die Fibrillenmethode keine Aufklärung. Die Autoren, welche den Ausgang vom Gefässsystem behauptet haben, sind vor allem Nageotte, Anglioella, Magnan, Köppen, Tschich u. a.

Tuczek und Cramer haben den Markfaserschwund als charakteristisch beschrieben.

Nissl und Alzheimer haben in gleicher Weise die Erkrankung der Ganglienzellen und die Veränderungen an Glia und Gefässen studirt.

Wir haben auch keine entscheidenden Resultate zu verzeichnen, doch spricht die auf nachstehender Tabelle zum Ausdruck gebrachte Thatsache, dass die Zellen allgemein früher und ausgedehnter erkranken als die Fasern, meines Erachtens dafür, dass die Zellerkrankung das primäre ist.

	Sehr starke Veränderung der Ganglienzellen			Mittelmässige und schwache Veränderung der Ganglienzellen			Normal		
	F.	P.	O.	F.	P.	O.	F.	P.	O.
Nissl-Färbung . . .	19	14	8	11	16	15	—	—	7
Fibrillen-Färbung .	23	17	10	7	13	13	—	—	7
Summe	42	31	18	18	19	18	—	—	15

Gewöhnlich ist bei Nissl-Färbung der Kern stark betheiligt, deutlich angeschwollen, intensiv dunkel, besonders seine Kernmembran scharf gefärbt.

Allein bisweilen erweist sich auch der Kern widerstandsfähiger und relativ gut erhalten, während der Zellleib nach Untergang der Schollen mit feiner Masse gefüllt ist, ja zum Theil zu zerfallen beginnt. Ebenso habe ich mit der Fibrillenfärbung alle möglichen Formen der Zellerkrankung neben einander gesehen, ohne dass eine für Paralyse besonders typisch war.

Hinsichtlich der Veränderungen des Kleinhirns habe ich mit Bielschowsky's und Nissl's Methode hauptsächlich das Verhalten der Purkinje'schen Zellen untersucht.

Kürzlich hat Sträussler über die Kleinhirnveränderungen bei der Paralyse eine grosse Arbeit veröffentlicht. Er konnte regelmässig eine

Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Erkrankung der Purkinje'schen Zellen nachweisen, wie vor ihm Alzheimer und Raecke.

In allen Fällen waren es die Zellen der an der Oberfläche liegenden Windungen, welche in erster Linie betroffen erschienen. In den einzelnen Windungen wieder erschienen die Kuppen gegenüber den absteigenden Schenkeln und der Tiefe der Furche in auffallendster Weise bevorzugt.

Auch in meinen Fällen haben die Purkinje'schen Zellen an Zahl bedeutend abgenommen. An der Kuppe der Windungen sind sie in normalen Präparaten regelmässig neben einander dicht geordnet, liegen dagegen an derselben Stelle bei der Paralyse von einander weit und zerstreut, so dass manchmal an einer Windung nur noch eine oder zwei solche Zellen vorhanden sind. Trotzdem können sie in dem absteigenden Schenkel und der Furche relativ gut geordnet erscheinen, wie das schon Sträussler beschrieben hat. Die Fortsätze und feinsten Zweige dieser Zellen sind auf Fibrillenbildern untergegangen und gelichtet, stellenweise sieht man gar nicht mehr die baumartige Verbreitung, wie in normalen Präparaten. Vielmehr besitzen die Zellen nur noch kurze Stümpfe oder gar keine Fortsätze, sind blasig angeschwollen oder von unregelmässiger Gestalt.

Die korbartigen Fasern um die Zellen sind ebenfalls stark zerstört und gelichtet; nur kleine kurze Bruchstücke sind um die Zellen herum zerstreut vorhanden. Der Zellleib ist fibrillenfrei und ganz hell.

Der Kern ist stark angeschwollen und nach der Peripherie gerückt. Bei Nissl hat man das Bild der Chromatolyse.

Nach Dagonet soll die fibrilläre Structur der Purkinje'schen Zellen intact bleiben; aber bei unseren Untersuchungen hat sich ein ganz entgegengesetztes Resultat ergeben.

Auch in der Körnerschicht ist das feinere Filzwerk erheblich gelichtet, stellenweise sogar ganz verschwunden, besonders deutlich am äusseren Rande direct unterhalb der Zellenschicht.

Die parallel am Rande der Körnerschicht in der Molecularschicht lagernden Fibrillenbündel sind gleichfalls stärker gelichtet; stellenweise sind sie überhaupt nur noch als verdickte kurze Bruchstücke vorhanden, sehr selten sind sie noch relativ gut erhalten.

Vom Rückenmark habe ich in acht Fällen einige Stücke untersucht, um das Verhalten von Markscheiden und Fibrillen zu einander zu studiren. Es liess sich in den Fällen 1, 2, 4, an beiden Pyramidenseitensträngen, in Fall 3, 5, 6, 7 an beiden Hintersträngen mit Weigert-Pal deutliche Veränderungen constatiren; nur Fall 8 zeigte sich selbst bei Marchi intact. In der veränderten Partie sind die Markfasern diffus

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gelichtet, dort werden immer noch zahlreiche anscheinend gut erhaltene Fasern beobachtet. Nach Bielschowsky's Methode zeigte sich ungefähr das gleiche Verhältniss. Es lässt sich also sagen, dass bei der paralytischen Rückenmarkveränderung Markscheiden und Achsencylinder, beide in ziemlich gleichem Maasse zerstört werden, ohne dass der eine oder andere Theil überwiegend betroffen würde.

Keinesfalls bleiben bei absteigender Degeneration die Achsencylinder länger erhalten, wie die Markscheiden. Im Gegentheil konnten wir bei der Untersuchung von Längsschnitten durch das Cervicalmark constatiren, dass die Markfasern gelegentlich in Markscheidenpräparaten noch relativ gut erhalten waren, während die Achsencylinder im Silberpräparate sich stark vermindert darstellten, hier und da nur noch als Bruchstücke zerstreut umherlagen, stellenweise gar nicht mehr aufzufinden waren. Dieser Befund, dass hier die Fibrillen anscheinend früher zerfielen, als die Markscheiden, steht in einem gewissen Gegensatz zu den Befunden im Gehirn. Wie lässt sich diese Erscheinung deuten? Vielleicht darf man annehmen, dass es sich hier um einen principiellen Gegensatz zwischen secundärer und primärer Degeneration handelt. Ist die Strangerkrankung eine secundär fortgeleitete in Folge des Processes in der Hirnrinde, so ist es verständlich, dass der Achsencylinder zuerst zu Grunde geht, dass also die paralytischen Veränderungen des Rückenmarkes nicht immer primärer Natur sind, wie sie C. Westphal beschrieben hatte, sondern dass es sich bei der Degeneration der Pyramidenbahnen in erster Linie um einen absteigenden Process handelt. Das haben Fürstner, Starlinger, Boedecker u. a. nachgewiesen.

Es wäre voraussichtlich von grosser Bedeutung für die Erforschung der histologischen Vorgänge bei der progressiven Paralyse, falls es sich herausstellte, dass die hier scizzirten Unterschiede zwischen Markscheiden- und Fibrillenbildern im Rückenmark die Regel bilden.

Wir haben an Fibrillenpräparaten in der ganzen Substanz des Rückenmarkes keine Veränderung constatiren können.

Allerdings war das untersuchte Material nur gering, doch erscheint es bemerkenswerth, dass in allen Fällen die Zellen und die Fibrillen der grauen Substanz gut erhalten waren, und keinerlei Veränderungen aufwiesen.

Stets beschränkten sich die Fibrillenveränderungen des Rückenmarkes auf die weisse Substanz und zogen die graue Substanz nicht in Mitleidenschaft.

Wenn wir also kurz unsere Resultate zusammenfassen, so lässt sich folgendes aussagen:

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Bei der progressiven Paralyse erscheinen die Ganglienzellen der Grosshirnrinde in grosser Ausdehnung krankhaft verändert. In Fibrillenpräparaten tritt das besonders deutlich hervor.

Die Zellerkrankung pflegt constanter und ausgeprägter zu sein, als der Faserausfall, was für ihren primären Charakter spricht.

2. Die Zerstörung der Neurofibrillen beginnt im Zellleib, besonders in der perinucleären Zone, und breitet sich dann auf die Fortsätze aus. Die zarten Fortsäze gehen zuerst zu Grunde, später erst die Spitzenfortsätze.

3. Bei der Paralyse sind auch die extracellulären Fibrillen gelichtet, allein in Fällen, in welchen der Markscheidenschwund bei Weigertfärbung sehr stark erscheint, können die Fibrillen überall noch ziemlich gut erhalten bleiben.

4. Obgleich der Faserschwund in allen Partien der Hirnrinde diffus vorkommt, so ist er doch im Hinterhauptlappen in der Regel am schwächsten ausgesprochen.

5. Im Kleinhirn pflegen besonders die Purkinje'schen Zellen an Zahl stark abzunehmen und haben ihre Fortsätze auf Fibrillenbildern frühzeitig verloren. Es pflegen in ihrer Umgebung die korbartigen Geflechte zu Grunde zu gehen, und die Parallelfasern am Rande der Körnerschicht zu verschwinden. Die Fibrillen der Körnerschicht sind besonders in den äusseren Abschnitten vermindert.

6. Die Fibrillen in der grauen Substanz des Rückenmarks können gut erhalten bleiben.

7. Bei secundärer Strangdegeneration sieht man gelegentlich die Fibrillen stärker betroffen, als die Markscheiden.

Zum Schluss spreche ich meinen herzlichen Dank den Herren Geh. Rath Siemerling und Prof. Raecke für die freundliche Ueberlassung des Materiales und die Untersuchung meiner Präparate aus.

Literaturverzeichniss.

1. Bielschowsky, Die Silberimprägnation der Achsencylinder. Neurolog. Centralblatt. 1900. No. 3.
2. Bielschowsky, Die marklosen Nervenfasern in den Herden der multiplen Sklerose. Neurolog. Centralbl. 1904.
3. Bielschowsky, Ein neues Imprägnationsverfahren zur Darstellung der Neurofibrillen. Neurolog. Centralbl. 1903. No. 13.
4. Bielschowsky, Silberimprägnation der Neurofibrillen. Neurol. Centralblatt. 1903. No. 21.

Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

5. Bielschowsky, Die Silberimprägnation der Neurofibrillen. Journal für Psycholog. u. Neurolog. 1904. Heft 3.
6. Bielschowsky und Brodmann, Zur feineren Histologie und Histo-Pathologie der Grosshirnrinde mit besonderer Berücksichtigung der prog. Paralyse. Journal f. Psycholog. u. Neurolog. 1905. Heft 5.
7. Kaplan, Nervenfärbung (Neurokeratin, Markscheide, Achsencylinder). Archiv f. Psychiat. Bd. 35. Heft 3.
8. Cajal, Studien über die Hirnrinde. 2. Heft: Die Bewegungsrinde.
9. Cajal, Normale und pathologische Variation in der Morphologie des Neurofibrillennetzes. Ref. Neurolog. Centralbl. 1905. No. 21.
10. Marinesco, Recherches sur le noyau et le nucléole de la cellule nerveuse à l'état normal et pathologique. Journal f. Psycholog. und Neurolog. Bd. 5.
11. Marinesco, Sur la réparation des Neurofibrilles après la section du nerf hypoglosse. Ref. Neurolog. Centralbl. 1905. No. 7.
12. Marinesco, Nouvelles recherches sur les Neurofibrilles. Revue Neurol. 1904.
13. Brodmann, Demonstration von Neurofibrillenpräparaten und Histogenese des Centralnervensystems. Neurolog. Centralbl. 1905. No. 14.
14. Cajal, Ein einfaches Verfahren electiver Färbung des protoplasmatischen Gerüstes und seine Einwirkung auf die verschiedenen, nervösen Organe. Ref. Neurolog. Centralbl. 1905. No. 20.
15. Alzheimer, Die arteriosklerotische Atrophie des Gehirns. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1895.
16. Alzheimer, Ueber die Ausbreitung des paralytischen Degenerationsprocess. Neurolog. Centralbl. 1896.
17. Alzheimer, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Hirnrinde und zur anatomischen Grundlage einiger Psychosen. Monatsschr. f. Neurolog. u. Psych. II.
18. Alzheimer, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der prog. Paralyse. Histolog. u. histopatholog. Arbeiten über die Grosshirnrinde. Jena. 1904.
19. Raecke, Das Verhalten der Neurofibrillen bei der prog. Paralyse. Münchener med. Wochenschr. 1906. No. 34 und Zeitschr. f. Psych. 57.
20. Raecke, Die Gliaveränderungen im Kleinhirn bei der prog. Paralyse. Archiv f. Psych. Bd. 34. Heft 2.
21. Schaffer, Demonstration von Neurofibrillenpräparaten nach der Bielschowsky'schen Methode. Neurolog. Centralbl. 1905. No. 12.
22. Schaffer, Ueber Fibrillenbilder der prog. Paralyse. Neurolog. Centralblatt 1906. No. 1.
23. Schaffer, Ueber Markfasergehalt eines normalen und eines paralytischen Gehirns. Neurol. Centralbl. 1903.
24. Held, Entstehung der Neurofibrillen. Neurolog. Centralbl. 1904. Nr. 15.
25. Merzbacher, Die Neurofibrillen im Lichte der neuesten histologischen Ergebnisse. Vortr. Verf. Neurolog. Centralbl. 1905. No. 23.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

26. Blumenau, Zerfall der Neurofibrillen bei Atrophie der Vorderhörner des Rückenmarkes. Ref. Neurolog. Centralbl. 1905. No. 24.
27. Held, Die Entstehung der Neurofibrillen. Neurolog. Centralbl. 1905. No. 15.
28. La Pegna, Su la genesi ed i rapporti reciproci degli elementi nervosi nel midollo spinale die pollo. Ref. Neurolog. Centralbl. 1905. No. 23.
29. Dagonet, Sur la persistance des Neurofibrilles dans la paralysie générale. Annales méd.-psychol. Jan.-Févr. pag. 26.
30. Jädersholm, Endocelluläre Netze oder durchlaufende Fibrillen in den Ganglienzellen? Archiv f. mikroskop. Anatomie und Entwickelungsgegechichte. LXVII. Heft I.
31. Bayon, Die Anwendung neuer Imprägnationsverfahren in der pathol.-histol. Analyse des Centralnervensystems. Centralblatt f. allg. Patholog. u. pathol. Anatomie. Bd. XVI. 1905.
32. Agapoff, Ueber einige bei der Untersuchung nach der Golgi-Methode zu Tag tretende Veränderungen der Nervenzellen bei prog. Paralyse. Neurolog. Centralblatt 1899.
33. Binswanger, Demonstration zur patholog. Anatomie der Allgemeinen prog. Paralyse. Neurolog. Centralblatt 1891.
34. Binswanger, Zur Allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie der Taboparalyse. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. X.
35. Boedecker, Anatomische Befunde bei Dementia paralytica. Neurolog. Centralblatt 1897.
36. Bucelski, Ueber die in den Nervenzellen bei fortschreitender Paralyse auftretenden Veränderungen. Gaz. Lekarska No. 35/36. Ref. Virchow-Hirsch. 1890.
37. Epstein, Ueber den Faserschwund in der Grosshirnrinde bei Tabes und Paralyse. Monatsschr. f. Psych. Bd. IV.
38. Gaupp, Neuere Arbeiten über die prog. Paralyse der Irren. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1897.
39. Heilbronner, Rindenbefund bei prog. Paralyse. Zeitschr. f. Psych. 53.
40. Kaes, Beiträge zur Kenntniss des Reichthums der Grosshirnrinde des Menschen an markhaltigen Nervenfasern. Archiv f. Psych. 21.
41. Kaes, Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica. Monatsschr. f. Psych. 1902.
42. Naka, Rückenmarksbefunde bei prog. Paralyse und ihre Bedeutung für das Zustandekommen der reflectorischen Pupillenstarre. Archiv f. Psych. Bd. 40. Heft III. 1905.
43. Meyer, A., Ueber Faserschwund in der Kleinhirnrinde. Archiv für Psych. 21.
44. Meyer, E., Zur Pathologie der Ganglienzellen unter besonderer Berücksichtigung der Psychosen. Archiv f. Psych. 34.
45. Zacher, Ueber das Verhalten der markhaltigen Nervenfasern in der Hirnrinde bei der Paralyse und anderen Geisteskrankheiten. Archiv für Psych. 1887.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

46. Probst, Zur Kenntniss der amyotrophischen Lateralsclerose unter besonderer Berücksichtigung der klinischen und pathologischen cerebralen Veränderungen, sowie Beiträge zur Kenntniss der prog. Paralyse. Neurolog. Centralblatt 1905.
47. Vigouroux und Laiguel-Lavastine, Les Scléroses combinées médullaires des paralytiques généraux. Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. No. 3.
48. Orr und Rows, System Lesions of the posterior columns in general paralysis and their Bearing on the Point of Origin of Tabes dorsalis. Brain. XXVII. pag. 460.
49. Cramer, Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems. 1904.
50. Wollenberg, Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger-Siemerling. 1904.
51. Sträussler, Die histopathologischen Veränderungen des Kleinhirns bei der prog. Paralyse mit Berücksichtigung des klinischen Verlaufes und der Differentialdiagnose. Jahrbücher für Psych. u. Neurolog. 1906. Bd. 26.
52. Siemerling, Ueber Technik und Härtung grosser Hirnschnitte. Berl. klin. Wochenschr. 1899. No. 32.

Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

VIII.

Die feine Structur und eine neue Färbungsmethode des Gehirns des Menschen und der Thiere.

Von

Dr. **W. Larionoff,**

Privatdocent für Nerven- und Geisteskrankheiten an der Universität des heil. Wladimir in Kiew

(Hierzu Tafel IV, V und VI.)

Auf dem Kiewer Congress russischer Psychiater 1905, im Vortrag, welcher in der Sammlung der Arbeiten des Congresses abgedruckt wird, habe ich einen Ueberblick der Literatur gegeben und meine Ansichten über diese Frage auf Grund der dargestellten Präparate und Zeichnungen von den nach der Methode von Golgi gefärbten Gehirnen junger Hunde ausgesprochen. Dort bewies ich, dass die Schemata des Baues der Gehirnrinde, welche die Professoren Meynert[1]), Betz[2]) und Ramon y Cajal[3]) gegeben hatten, einer strengen Kritik nicht Stand halten könnnen, dass die Nervenzellen des Gehirns sehr zahlreich und polymorph sind, dass die Centren des Gehirns verschieden gebaut sind und der Bau desselben im Allgemeinen sehr complicirt ist.

Was die Frage von den Neuronen betrifft, so habe ich damals ausgesprochen, dass sie auch nicht weniger complicirt ist.

Ich beschäftige mich jetzt mit dem Studium des Gehirns der Thiere und des Menschen und mit der Aufsuchung von neuen Färbungsmethoden desselben und habe die Absicht, eine Reihe von Arbeiten zu veröffentlichen, um schliesslich die früher ausgesprochenen Thesen über den Bau des Centralnervensystems zu bestätigen und neue über den Bau desselben hinzuzufügen.

1) Psychiatrie 1885, russisch, S. 81.

2) Centralbl. f. d. med. Wissenschaften. 1881. No. 11, 12, 13.

3) Les nouvelles idées sur la structure du système nerveux. 1895, pag. 44, 66.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vor Allem aber will ich meine Ansicht über den Bau und die Färbung des Gehirns im Allgemeinen aussprechen, damit es nachher Jedem mit dieser Frage sich Beschäftigenden leichter wird, sich über die Einzelheiten zu orientiren.

Hier ist zu wiederholen, dass der feine Bau des Gehirns sehr complicirt ist und in mancher Beziehung noch eine terra incognita darstellt. Die Frage von den Neuronen ist auch complicirt und dunkel. Hier können ganz unerwartete Dinge sich zeigen, wie wir dieses theilweise unten sehen werden.

Alle mögliche Färbungen ergeben verschiedene Bilder in Bezug auf die Form, Lage und Eigenschaften der Zellen und Fasern, weil die einen Substanzen die einen Zellen und Fasern, andere Substanzen andere Zellen und Fasern färben. Die Endigungen der letzteren werden auch verschieden gefärbt. Die gefärbten nervösen und gliösen Zellen werden von den Reagentien, besonders von den ätherischen Oelen, von Spiritus und Xylol in Canadabalsam, an ihrer Peripherie und von der Seite ihrer Fortsätze aufgelöst und einige zarte, sogar die grössten, gefärbten Zellen werden vollständig aufgelöst oder bis zur Unkenntlichkeit entstellt. Dieses findet besonders auf der Oberfläche der Schnitte statt, weshalb letztere dick sein müssen. — Jedoch kann man einstweilen nicht den 70—90 proc. Spiritus oder das Xylol entbehren, die, wenn auch in geringer Quantität, im Canadabalsam enthalten sind, wenngleich meine neuen Beobachtungen fürs Gegentheil sprechen. Der Spiritus entwässert die Präparate und macht sie durchsichtig und das Xylol löst den Canadabalsam auf und klärt die Präparate auf. Nur durch sehr schnelle Behandlung der Präparate mit Spiritus beim Schneiden derselben und durch Uebergiessen mit verdichteter Canadabalsamlösung im Xylol lassen sich die Zellen vor ihrem Untergang, und auch dann nicht ganz, bewahren, und dieses nur in Bezug auf ihre Körper, nicht aber in Bezug auf ihre Fortsätze. Doch kann man sie manchmal mit ganzem Körper und ganzen Fortsätzen erhalten.

Das Protoplasma der colossalen Körper der gliösen Zellen ist auch der Auflösung unterworfen, indem sie einen Kern und ein Stroma von Sternform hinterlassen. Streng genommen muss man anerkennen, dass die gliösen Zellen dasselbe sind, wie die Nervenzellen, sowohl in Hinsicht auf ihre Bedeutung für die Leitung, als auch in Bezug auf den Bau und ihre Entstehung aus dem Keimectoderm.

Bei Anwendung von 90 prec. Spiritus nur beim Schneiden der Präparate und beim Legen derselben auf das Objectglas, indem man rasch den Spiritus mit Löschpapier entfernt und eine dichte Lösung von Canadabalsam in Xylol oder Oel-, Terpentin- oder Spirituslacke darauf-

Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

giesst, habe ich viele interessante, unerwartete Bilder erhalten. Die ätherischen Oele stören das Bild, da sie die Zellen und deren Fortsätze auflösen und die Präparate sich durch sie verkrümmen.

Je einfacher die Bearbeitung der Präparate ist, desto besser erhält man die Bilder. Deshalb ist jetzt meine Modification der Methode von Golgi von mir bedeutend vereinfacht worden.

Das frisch herausgenommene Gehirn taucht man, um es lange zu conserviren, in 10 proc. Formalinlösung ein. Nach 3 bis 4 Tagen wird eine beliebige Windung mit der Pia oder sogar eine Hälfte des Gehirns des Hundes oder der Katze ausgeschnitten und in das Glasbüchschen mit einer kleinen Quantität $^1/_2$—1—2 proc. Lösung von Kalium bichromicum auf 4—7 Tage in den Thermostat bei einer Temperatur von 27—30° C. gelegt. Je schwächer die Lösung des Kali bichrom. ist, desto besser ist es. Darauf giesst man diese Lösung ab und in das Glasbüchschen giesst man die 3proc. Lösung von Arg. nitr. hinein. Dasselbe wird von neuem in den Thermostat bei derselben Temperatur auf 4—7 Tage gestellt. Endlich wird das Präparat herausgenommen, mit Löschpapier getrocknet, mit dem Papier in das Mikrotom gelegt und trocken oder mit Spiritus von 70—90° dick geschnitten. (7 bis 10—12—20 Abtheilungen des Mikrotoms.) Dann folgen die schnelle Entwässerung und Einbettung in den Spiritus-Sandaraklack und nach Austrocknen das Begiessen mit hartem Canadabalsam in Xylol. Man muss das Präparat nicht mit Wasser waschen, da dieses der Färbung schadet. Um volle Gewissheit von derselben zu haben, kann man das Präparat noch mehrere Tage in der frischen Lösung von Argent. nitr. bei einer Temperatur von 16—18° R. liegen lassen und darauf muss man es mehrere Tage in einer 3 proc. Formalinlösung halten. Conserviren kann man es in denselben Lösungen von Argent. nitr. oder Formalin.

Um die Färbung der weissen Substanz zu erhalten, muss man die Färbung 20 Tage lang bei 25° C. fortsetzen und zur Lösung des Kali bichromicum die Mueller'sche Flüssigkeit hinzufügen. Man kann auch eine noch bessere Färbung bei der umgekehrten Bearbeitung d. h. anfangs mit Argent. nitr. und darauf mit Kali bichrom. oder Formalin erhalten.

Was die allgemeine Ansicht über den Bau der Gehirnrinde betrifft, so muss man sagen, dass sie keine unterbrochene Schicht von Zellen von gleicher Dicke hat. Dieselbe Schicht wird bald verdickt, bald verdünnt gefunden, bald verschwindet sie ganz. Sie besteht bald aus einer grossen, bald aus einer geringen Zahl von Zellenreihen, auf einigen Stellen aus pyramidalen, birnenförmigen und runden, auf andern

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stellen aus sternförmigen Zellen. In verschiedenen Uebergangsgegenden trifft man einen verschiedenen Bau der Rinde an. In derselben sieht man die gewundenen Fasern in Bündeln nach innen in der Richtung zur weissen Substanz von den eigenthümlichen krukenförmigen Zellchen gehen, welche ganz dicht bei der Pia liegen. Diese Fasern sind den kurzen Axencylindern ähnlich und endigen keulenförmig bei den Dendriten der pyramidalen Zellen der folgenden Reihen und vermuthlich bei den Fasern der weissen Substanz, wo die graue Substanz verschwindet (Fig. 1 und 2 kfz).

Man muss zugeben, dass die Axencylinder anderer Zellen auch kurz sind und keulenförmige Endigungen haben, welche mit den obenerwähnten Zellchen der Pia, mit den Dendriten der Zellen von den folgenden Reihen oder mit den Fasern der weissen Substanz in Contact kommen (Fig. 1 u. 2). Aus der letzteren gehen nach aussen auch Axencylinder, welche keulenförmig bis zu den Dendriten der Rindenzellen und den erwähnten Zellchen hin auslaufen.

In der grauen und weissen Substanz befinden sich ausserdem in grosser Menge colossale eiförmige oder runde, sehr zarte, leicht auflösbare Zellen von verschiedener Grösse, welche je einen dicken verzweigten Fortsatz, am anderen Ende je ein grosses Bündel von feinen Fasern und von den anderen Seiten viele feinste, perlenschnurförmige Fäden haben (Fig. 3, 4, 9 u. 10 cz). Diese Fäden gehen quer durch die Centraldentrite der Nervenzellen und endigen bei anderen ähnlichen Zellen (Fig. 4 u. 10). Diese Zellen sind gliöse Zellen; so nennt man das sternförmige Stroma, welches sich bildet nach Auflösung des Protoplasma.

In einigen Gegenden kommen noch runde oder halbmondförmige kleinere Zellen vor, welche nach verschiedenen Seiten Strahlen von langen perlenschnurförmigen Fäden absenden. Die letzteren gehen auch zu den Dendriten der Nervenzellen (Fig. 2 sz).

Man erhält den Gesammteindruck, dass die gliösen und andere ähnliche Zellen an der Grenze der weissen und grauen Substanz mit ihren perlenschnurförmigen Fortsätzen quere Geflechte bilden, durch welche sie die Dendrite und die Keulen der Axenfortsätze der Nervenzellen fangen (Fig. 10). In der weissen Substanz aber geben die riesigen gliösen Zellen (Fig. 9) auf dem Wege der Hauptfasern sehr dicke runde Fortsätze mit Myelin und Seitenkernen ab, von welchen das Myelin leicht sich auflöst, worauf Bündel feiner Fasern nachbleiben. Diese letzteren gehen zu den Fortsätzen der folgenden gliösen Zellen und auf diese Weise entstehen die Bahnen der weissen Substanz.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Meiner Meinung nach sind die sogenannten gliösen Zellen zahlreiche nervöse Gebilde, welche die leitende Rolle spielen und vielleicht auch andere Functionen im Centralnervensystem übernehmen.

Dicke Fasern von gliösen Zellen begeben sich auch in der Rinde von der Peripherie zum Centrum und in den queren Associationsleitungen auf der Grenze der weissen und grauen Substanz. Alle diese Fasern werden bei Anwendung der beschriebenen längeren Methode oder der besonderen schnellen Methode gefärbt, bei welcher Kali bichrom. durch die Müller'sche Flüssigkeit ersetzt wird.

In der weissen Substanz, auf der Grenze zur grauen Substanz hin, giebt es pyramidale, birnenförmige und spindelförmige Nervenzellen (kleiner als in der Rinde), deren dicke Dendrite unregelmässig auf verschiedenen Seiten gelegen sind (Fig. 1 und 10 gM). Aber ausserdem bemerkt man hier in einigen Gegenden des Gehirns noch weit in die weisse Substanz hineinragende Zellen, welche das Bild eines mit Knopf versehenen Stockes bieten, mit gebogenem kleinen Körper und einem dicken, langen, sich verdoppelnden Dendrit, der mit Dornen bedeckt ist und fast bis zur Peripherie der Rinde reicht (Gyri centralis ant. und paracentralis des Menschen).

Ausserdem trifft man in der weissen und theils in der grauen Substanz unten in den vorderen und hinteren Abtheilungen der Hemisphären des Gehirns und im Kleinhirn beim Hund und bei der Katze eine Menge von runden, cubikförmigen und flaschenförmigen, kleinen und grösseren Zellen, welche auch zahlreiche lange, sehr feine, verzweigte, perlenschnurförmige Fortsätze abgeben. Diese gehen in verschiedenen Richtungen zu den Dendriten der Nervenzellen, sie umflechtend, bilden Geflechte oder Netze, besonders neben den grossen Zellen des Cornu Ammonis, und legen sich an einander, die so genannten Dornen auf den Dendriten der Nervenzellen erzeugend. Die Geflechte lösen sich leicht auf, die Dorne hinterlassend.

Die oben erwähnten auf der Peripherie der Rinde, auf der weichen Hirnhaut liegenden Zellchen von verschiedenen eckigen, krukenartigen und anderen Formen, welche nach innen hin in grosser Anzahl besondere gewundene Cylinder senden und mit Keulen endigen, sind eher nervöser als gliöser Natur. Ebenso sind nach meiner Meinung die auf sie folgenden, mehr im Centrum liegenden, gliösen Zellen mit ihren krausen und geraden langen verschiedenen Fortsätzen auch Nervenzellen, oft mit aufgelöstem Körper, welche wahrscheinlich einen lebhaften Antheil nehmen an der Leitung der Impulse zur Rinde des Gehirns hin und zurück (Fig. 2 gz, Fig. 4 cz).

Ausserdem muss gesagt werden, dass die Axencylinder der pyrami-

Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

dalen Rindenzellen verhältnissmässig kurz sind und keulenförmig endigen, indem sie sowohl zum Centrum, wie auch zur Peripherie der Rinde gehen, in der es manchmal 2 oder 3 Reihen von Contacten giebt (Fig. 1 u. 2). Ich denke, dass die perlenschnurförmigen Fäden Producte künstlicher Bildung sind, eine Folge von Auflösung und Schwellung des Gewebes, weil man sie manchmal erhält, manchmal nicht, bei ein und denselben Zellen.

Alle oben beschriebenen Angaben sind von mir erhalten worden bei Analysirung des Gehirns, vorzugsweise bei Benutzung rascher Methoden.

Wenn man aber das ganze Gehirn oder eine Hemisphäre des Hund- oder Katzenhirns andauernd bearbeitet, so erhält man bei Frontal- und Sagittalschnitten ein sehr interessantes Gesammtbild, welches uns in ganz anderem Lichte den Bau und die Verbindungen des Gehirns zeigt (Fig. 5, 6, 7 u. 8).

Dabei werden die graue Substanz und ihre Fasern, feine und dicke, wie die anderen von der Rinde zum Centrum ziehenden, so auch die die benachbarten Windungen vereinigenden Fasern, braun gefärbt; die weisse Substanz aber wird gelb im Centrum und roth und dunkelbraun an den Rändern gefärbt.

Es erweist sich, dass die weisse Substanz sowohl aus Fasern, wie auch hauptsächlich aus gangliösen Massen besteht, die in die Windungen in Form von Maulbeeren hineinziehen, in die einen weit, fast bis zur Oberfläche des Gehirns, in die anderen nur bis zu den bei der weissen Substanz quer und bogenförmig liegenden Associationsfasern (Fig. 5, 6, 7 u. 8 gM, M). Die gangliösen Massen finden sich in der weissen Substanz fast überall, weniger aber sind sie in der inneren Kapsel anzutreffen.

Die Zellen dieser gangliösen Massen sind rund, oval, blasenartig, spindelförmig, pyramidal. Sie sind schwarz nicht durchsichtig oder gelb durchsichtig mit Kernen und Kernchen in letzteren. In den Massen, welche in die Windungen hineinreichen, liegen in den Vacuolen auch sehr grosse ovale Zellen; solche trifft man auch in sehr grosser Menge in der grauen Substanz (Fig. 5, 6, 7 czv, cz). Diese Zellen geben bei Auflösung ihres Körpers das Stroma für die sogenannten gliösen Zellen. Sie schicken sehr dicke unverzweigte Ausläufer ab, die augenscheinlich mit Myelin bedeckt sind und in dichten breiten Zügen von der grauen zur weissen Substanz hin und zurückziehen, die bei der gewöhnlichen Behandlung sich auflösen und hierbei dünne Fasern zurücklassen (Fig. 3, 4, 9 und 10 cz). Von den kleinen Zellen des peripheren Theils der weissen Substanz gehen feine Fortsätze ab, die sich dicht mit den dicken Aus-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

läufern der oben erwähnten riesigen ovalen Zellen verflechten, welche in dichten Reihen, sowohl in der weissen wie auch in der grauen Substanz liegen.

Die gangliösen Massen reichen in Form von Maulbeeren in die Windungen hinein, gewöhnlich seitwärts an einem Rand der Windung; in Folge dessen treffen die Fasern, welche von der Windung in die weisse Substanz ziehen, seitwärts mit der betreffenden Maulbeere und mit deren feinen Fasern zusammen. Dort findet wohl ein Contact von ganzen Systemen statt. Diese Maulbeeren füllen einige Windungen bis zur Peripherie aus.

Im Centrum der weissen Substanz ziehen gewöhnlich nach verschiedenen Seiten dicke Fasern von Myelin bedeckt und gebildet von den colossalen Zellen der grauen und weissen Substanz. Aus der weissen Substanz ziehen zum Corpus callosum feine zarte Fasern, vermuthlich hauptsächlich aus dem Nucleus caudatus; im Corpus callosum treffen sie zusammen und haben Contact mit den dicken durch ihn ziehenden Fasern. Zwischen diesen und jenen existirt ein Hohlraum, angefüllt mit grossen ovalen Zellen, aber doch haben einige Fasern mit gegen sie ziehenden Fasern Berührung. Die aus dem Corpus callosum in die weisse Substanz eintretenden Fasern bieten sich uns in der Höhe des vorderen Anfanges des Fornix als bandartig dar; sie gehen bald nach ihrem Eintritt nach verschiedenen Seiten, aber nicht weit, und endigen wohl bei den ovalen grossen Zellen, die in den Vacuolen zwischen ihnen liegen. Mehr nach vorne treten in das Gehirn durch das Corpus callosum die dicken mit Myelin bedeckten Fasern.

Der Nucleus caudatus und der Nucleus lenticularis sind bei dieser Behandlung weiss, ihre Nervenzellen färben sich gelb. Die innere Kapsel wird tief gelb. Die Mehrzahl der Nervenzellen wird gelb, halbdurchsichtig. Die colossalen gliösen Zellen erscheinen auf einigen Präparaten undurchsichtig, schwarz oder braun und auf anderen durchsichtig gelb mit einem oder zwei Kernen und vielen Vacuolen (Fig. 9).

In Sagittalschnitten durch das ganze Gehirn, durch die Pons Varoli, die Medulla oblongata und das Kleinhirn der Katze sieht man, dass die Bahnen der Substantia reticularis unterbrochen sind bei den Ganglien derselben in der Pons Varoli und in der Haube der Pedunculi; die pyramidalen Bahnen sind auch unterbrochen in den Kernen der Pons Varoli, im Thalamus opticus, im Nucleus lenticularis und, wie es scheint, theils in der Gegend der Gyri centrales, und zwar in dem vorderen Theil der gangliösen Masse der weissen Substanz, welche sich unter der grauen Substanz der Oberfläche des Gehirns befinden (Fig. 8). In Betreff des Katzenhirns kann man es bestreiten, dass die pyramidalen Bahnen ununterbrochen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bis zur Hirnrinde ziehen. Sie ziehen unter dem Thalamus opticus durch und über den Kerngebilden der unteren Gehirntheile (Nucleus lenticularis) und mehr nach hinten werden sie scheinbar unterbrochen bei einem Kerngebilde, das im Gehirn unter dem Thalamus opticus vorne bei Beginn des Hirnfusses liegt (Nucleus subthalamicus?). Die Corona radiata (Fig. 8) wird gebildet aus den Bündeln des Thalamus opticus, welche fächerartig nach oben, hinten und vorne gehen und quasi eine compacte Platte, aus Bündeln bestehend, bilden, unter den gangliösen Massen liegend, welche höher als sie unter der Rindenschicht sich befinden. Im Allgemeinen umfasst sie das, was man gewöhnlich Fasciculus longitudinalis superior Meynerti nennt, mit ihrer vorderen Hälfte aber bildet sie das obere Dach des seitlichen Ventrikels, welches über dem Kopf des Nucleus caudatus liegt. In dieser Platte ziehen die Fasern zu den centralen, Occipital- und Stirnwindungen, nicht in die Scheitelwindungen hineinragend, welche von ihr durch die langen gangliösen Massen der weissen Substanz getrennt sind. Unter dem Nucleus caudatus, näher zur unteren Oberfläche des Gehirns ziehen vom Thalamus opticus Bündel von Fasern nach vorne zu den Stirnlappen (vorderer unterer Fuss desselben).

Auf diese Weise vollzieht sich die Association des Occipitallappens mit den centralen und Stirnwindungen durch den Thalamus opticus. Die unteren Bündel desselben ziehen bei den Stirnwindungen zusammen mit seinen oberen vorderen Bündeln, welche die oben erwähnte Platte bilden. Seine Bahnen endigen augenscheinlich bei den gangliösen Massen der weissen Substanz, d. h. bei den Maulbeeren der Frontal-, Central- und Occipitalwindungen. Diese Bahnen endigen nicht in den gangliösen Massen des Scheitellappens, wo die letzteren in Form von einem schmalen geraden Streifen sich darbieten. — Die Kerngebilde der netzartigen Substanz sind umfangreich und ziehen von dem vorderen Theil der Medulla oblongata durch die Pons Varoli und die Haube des Hirnfusses und man kann sagen, dass sie mit den Kerngebilden des Thalamus opticus zusammenfliessen, welche auch, sich verengernd, in die Haube des Hirnfusses hineingehen.

In den nach meiner Methode gefärbten Gehirnen sind an vielen Stellen deutlich Contacte ganzer Fasernsysteme bemerkbar, die gewöhnlich perpendiculär auf einander gelagert sind. Solche sieht man z. B. beim Uebergang des Hirnfusses in den Fornix an der inneren Oberfläche der Hemisphären bei Sagittalschnitt durch's Hundehirn oder bei den aus dem Gyrus cinguli zum Corpus callosum ziehenden Fasern.

Endlich muss ich sagen, dass nach meiner andauernden Methode nach langer consequenter Behandlung des ganzen Hundehirns oder

Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Katzenhirns oder sogar eines Theiles Menschenhirns man grosse demonstrative durchsichtige makroskopische Präparate aus dem ganzen Gehirn oder einem Theil desselben anfertigen kann, wenn man Schnitte von 12—20 Theilungen des Mikrotoms mit weissem Spiritus-Sandarak-Lack und nach Trocknen mit Canadabalsam in Xylol übergiesst (Fig. 8).

Hierzu muss ich noch hinzufügen, dass das Gehirn, wenn es nicht genügend in den Flüssigkeiten reif wird, schlecht sich schneiden lässt und Zellen und Fasern dann schwach die Farbe annehmen, weshalb es besser ist, die Präparate lange und abwechselnd in den Flüssigkeiten liegen zu lassen.

Erklärung der Abbildungen (Tafel IV, V und VI).

Figur 1. Das vordere Drittel der zweiten linken Stirnwindung des Menschen. Zeiss DD.

Figur 2. Die vordere Hälfte der zweiten linken Stirnwindung des Menschen. Zeiss DD.

Figur 3. Das mittlere Drittel des Gyrus postcentralis sin. des Menschen in der Parietalgegend. Zeiss DD.

Figur 4. Das untere Drittel des Gyrus postcentralis sin. des Menschen in der Parietalgegend. Zeiss DD.

Figur 5. Frontalschnitt durch die Centralwindungen des Hundehirns. Zeiss AA.

Figur 6. Frontalschnitt durch die obere Hälfte der linken Hemisphäre des Hundehirns hinter den Centralwindungen. Zeiss AA.

Figur 7. Frontalschnitt durch die erste Stirnwindung des Menschen bei der Gegend der Centralwindungen eine Maulbeere zeigend. Zeiss AA.

Figur 8. Sagittalschnitt durch das Katzenhirn. Natürliche Grösse.

Figur 9. Die colossalen Zellen des Hundehirns mit dem Uebergang derselben in die gliösen Zellen nach der Auflösung ihres Körpers. Die einen wie die anderen senden die dicken Myelinfasern ab. Zeiss DD. Die Färbung nach meiner Methode.

Figur 10. Das obere Drittel des Gyrus centralis post. des Menschen Zeiss DD.

Pia = Pia mater, v = Gefässe, kfz = krukenförmige Zellen, k = Keulen der Axencylinder, p und pz = pyramidale Zellen, ws = weisse Substanz, gM = gangliöse Masse, gz = gliöse Zellen, sz = Strahlenzellen (Fig. 2) und sternförmige Zellen (Fig. 7), cz = colossale Zellen, kp = kleine Pyramiden, gp = grosse Pyramiden, pp = Fasernplatte aus dem Thalamus opticus gehend,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

to = Thalamus opticus, nc = Nucleus caudatus, sr = Substantia reticularis, M = Maulbeeren, czv = colossale Zellen in Vacuolen, ci = Capsula interna, cc = Corpus callosum, vl = Ventriculus lateralis, gc = Gyrus centralis, gcn = Gyrus cinguli, gp = Gyrus parietalis, nl = Nucleus lenticularis, aF = Associationsfasern. Die braunen gliösen Zellen sind gleicher Art wie die gelben colossalen Zellen, haben aber den Körper und die Fortsätze anderer Art in Folge der Auflösung beider und der Schwellung der Letzteren.

Die ergänzende Färbung der Zellen auf den Abbildungen 1, 2, 3, 4 und 10 ist zum Zweck der Deutlichkeit der Zellenreihen und Zellengruppen künstlich von mir gemacht, die Färbung der Abbildungen 5, 6, 7, 8 und 9 ist natürlich, wie auf den Präparaten. Alle Abbildungen sind möglichst genau von den nach meiner Methode gefärbten Präparaten nach dem Mikroskop gezeichnet.

Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

IX.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).

Ueber epileptische Wanderzustände (Fugues, Poriomanie).

Von

Prof. **Raecke,**

Privatdocent und Oberarzt der Klinik.

Der krankhafte Wandertrieb, die sogenannte Poriomanie, ist in den letzten Jahren vielfach Gegenstand klinischer Bearbeitung gewesen. Früher hatte man unter dem Einflusse von Charcot dazu geneigt, in allen Fällen planlosen Umherwanderns und Reisens an epileptische Aequivalente zu denken. Allmählig trat aber das Unhaltbare dieser Auffassung immer deutlicher zu Tage und führte zur Aufstellung verschiedener Typen des Wandertriebes bei Epilepsie, bei Hysterie, bei Neurasthenie u. s. w.

In Deutschland haben besonders die gründlichen Untersuchungen von Heilbronner[1]) über diese Frage allgemeineres Interesse erregt und bis zu einem gewissen Grade klärend gewirkt. Heilbronner hat sich der dankenswerthen Mühe unterzogen, das vorhandene casuistische Material kritisch zu sichten und an der Hand desselben darzulegen, dass unter den an Wanderzuständen leidenden Kranken die Zahl der mit hysterischen Symptomen behafteten Individuen erheblich grösser ist, als die der Epileptiker. Meist bedeute das Fortlaufen nur allgemein eine krankhafte Reaction degenerativ veranlagter Individuen auf dysphorische Reize. Krankhaftes Wandern an sich sei kein für die Diagnose zu verwendendes elementares Symptom. Vielmehr sei noch jedes Mal die

1) Heilbronner: „Ueber Fugues und fugue-ähnliche Zustände.“ Jahrb. f. Psych. 23. S. 107.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grundkrankheit festzustellen; und es bleibe erst zu untersuchen, ob letztere schon dem Wandern ein bestimmtes Gepräge aufdrücke, das dann den Rückschluss auf die Art der Grundkrankheit gestatte.

Leider hat diese klar erfasste Fragestellung keine Lösung gefunden. Heilbronner erschwerte sich die Sache dadurch, dass er in den Fehler früherer Autoren verfiel, die epileptischen Wanderzustände zu sehr als einheitliches Krankheitsbild zu behandeln. So sah er sich schliesslich zu der resignirten Erklärung gezwungen, die Wanderungen nachweislicher Epileptiker unterschieden sich in keiner Richtung von denen nicht epileptischer Individuen. Durch eine solche Behauptung wurden spätere Autoren dazu veranlasst, eine Trennung der verschiedenen Formen krankhaften Wanderns zum Theil überhaupt nicht mehr zu versuchen, sondern auf alle Wanderzustände oder, wie Heilbronner nach französischem Muster gesagt hatte, Fugues, das Schlagwort von der Dysphorie anzuwenden. Charakteristisch ist in dieser Beziehung der Aufsatz von Ewald Stier[1]) über „Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung", in welchem die Auffassung Heilbronner's rückhaltlos übernommen wird, ein näheres Eingehen auf die Symptomatologie der in Betracht kommenden Zustände dagegen fehlt. Ebenso schreibt Leupoldt[2]) in Anlehnung an Heilbronner, Epileptiker und Nichtepileptiker böten in ihren Wanderungen keine Unterschiede, welche Schlüsse auf die Grundkrankheit erlaubten, ohne dass er diesen Satz einer eigenen Prüfung unterzieht. Auch ihn befriedigt anscheinend das Schlagwort der Dysphorie. Auf solchem Wege würden wir aber schliesslich zu dem Standpunkt von Voigtel[3]) gelangen, dass der Nachweis einer Grundkrankheit überflüssig ist, und dass ein periodisch sich wiederholender „Wandertrieb" allein genügt, um die Annahme einer geistigen Störung zu begründen.

Vorsichtiger wäre es gewesen, zu sagen, dass wir die Unterschiede zwischen den Wanderzuständen von Epileptikern und Nichtepileptikern zur Zeit noch nicht hinreichend kennen und deshalb einstweilen unsere Diagnose auf Anamnese und intervalläre Symptome stützen müssen. Allein auch bei der Betrachtung anderer Formen von Geistesstörung, die auf dem Boden der Epilepsie und Hysterie erwachsen, können wir dieser Hülfsmomente noch nicht entrathen. Dennoch dürfte kaum mehr be-

1) Jur.-psych. Grenzfragen. II. 1905. Heft 3 und 4.

2) Leupoldt: Zur klinischen Bewerthung pathologischer Wanderzustände. Zeitschr. f. Psych. 62. S. 303.

3) Voigtel: „Vier Fälle von krankhaftem Wandertrieb." Deutsch. militärärztl. Zeitschr. 1903. S. 594.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stritten werden, dass epileptisches und hysterisches Irresein in der Regel eine Reihe recht wesentlicher Unterscheidungsmerkmale zeigen. Aufgabe der klinischen Forschung muss es sein, auch für die Wanderzustände bei Epilepsie und Hysterie die Auffindung ähnlicher specifischer Züge anzustreben, und nicht sich durch übereilte Resignation den Weg zum Fortschritt zu versperren.

Freilich hat Heilbronner bereits auf den Hauptgrund hingewiesen, weshalb wir in dieser überaus wichtigen Frage noch nicht weiter gekommen sind: Die Kranken werden nur höchst selten während ihrer Wanderzustände von sachverständiger Seite beobachtet. In Folge dessen erschöpfen sich die meisten Schilderungen in der Beschreibung der mehr oder weniger phantastischen Irrfahrten. Der zweite Grund liegt meines Erachtens in der Verwirrung, welche die Nomenklatur aufweist. Das epileptische Wandern bildet keinen einheitlichen Begriff. Der Ausdruck Poriomanie ist irreführend und würde daher besser ganz vermieden. Stets ist strenge zu unterscheiden, ob das Wandern mit einer Bewusstseinstrübung verbunden war oder nicht. Man begegnet nur allzuoft der Fiction, als ob die epileptische Wanderung sich nothwendig in einem Dämmerzustande vollziehen müsse, während ebensowohl eine rein affective Störung oder Impulsivität ohne Bewusstseinstrübung zur Wanderung führen kann. Viel Schuld trägt auch die verbreitete Neigung, für epileptische Dämmerzustände kurzweg Aequivalent zu sagen. Zu dem Begriff des Aequivalents gehört aber noch nicht die Bewusstseinstrübung. Er bezeichnet nur allgemein eine transitorische psychische Störung, welche bei Epileptikern auftritt und ihren Krampfanfällen gleichwerthig zu setzen ist. Auch die Affectschwankungen[1]) und die paranoiden[2]) Verstimmungen der Epileptiker, denen eine Bewusstseinstrübung fehlt, sind solche Aequivalente. Dass diese Bemerkungen nicht überflüssig sind, lehrt folgende Definition von Donath[3]): „Für mich ist die epileptische Poriomanie ein psychisches Aequivalent besonderer Art, welches sich von dem gewöhnlichen dadurch unterscheidet, dass die Bewusstseinsstörung entweder gänzlich fehlt, oder durch ihre Geringfügigkeit in den Hintergrund tritt.“ In

1) Vergl. Aschaffenburg: „Ueber die Stimmungsschwankungen der Epileptiker.“ Halle 1906.

2) Vergl. Raecke: „Die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker.“ Halle 1903.

3) Donath: „Der epileptische Wandertrieb“ (Poriomanie). Archiv für Psych. 32. S. 353. — (In seiner neuesten Arbeit: „Weitere Beiträge zur Poriomanie“ drückt sich Donath präciser aus und trennt Dämmerzustände und dysphorische Zustände. — Ibid. 42. S. 752.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diesem Zusammenhange kann „Bewusstseinsstörung" nur „Bewusstseinstrübung" meinen. Dann ist aber der Hinweis auf das „gewöhnliche Aequivalent", bei dem diese Störung immer vorhanden sein soll, entschieden unrichtig. Wenn auch die Verstimmungen der Epileptiker, wie gerade Heilbronner gezeigt hat, oft genug zu Wanderzuständen führen, so bilden doch die Verstimmungen ohne Wandern und ohne Bewusstseinstrübung weitaus die Mehrzahl.

Aehnliche Unklarheiten herrschen hinsichtlich der Amnesie nach epileptischen Wanderzuständen. Die alte Lehre, dass auf ein epileptisches Aequivalent stets totale Amnesie folge, ist mit Recht aufgegeben. Wo keine Bewusstseinstrübung bestanden hatte, kann die Erinnerung eine normale sein. Gewöhnlich besteht bei schweren Epileptikern allerdings dauernd eine gewisse Ungenauigkeit des Gedächtnisses. Falls aber ein wirklicher Dämmerzustand vorgelegen hat, dann kann die Erinnerung höchstens noch eine sehr summarische sein. Dann bildet weitgehende Amnesie die Regel. Dann sind etwaige inselartige Erinnerungstrümmer mit wahnhaften Elementen durchsetzt.

Nach diesen Vorbemerkungen wenden wir uns zunächst zu einer kurzen Betrachtung der Wanderzustände bei epileptischer Verstimmung ohne Bewusstseinstrübung. Hier ist den bekannten Ausführungen Heilbronner's wenig hinzuzufügen. Die Parallele mit manchen dipsomanischen Anfällen liegt auf der Hand. Der Ablauf der Gedanken und die Ausführung der einzelnen Handlungen vollzieht sich in logischer Weise. Soweit nicht Alkoholgenuss eine Rolle spielt, ist gute Erinnerung zu erwarten. Bei forensischer Begutachtung kommt in erster Linie der Habitualzustand in Frage. Wichtig ist, dass die epileptische Verstimmung, die zu solchem Wandern oder Reisen Anlass gab, nicht immer autochthon entstanden zu sein braucht, sondern dass sie auch durch äussere Einwirkung auf das reizbare Temperament hervorgerufen sein kann. Bei der grossen Schwierigkeit einer Abgrenzung dieser beiden Möglichkeiten, ist es aber zweckmässig, alle auf affectivem Wege ausgelösten Wanderungen kurzer Hand zusammenzufassen als krankhafte Reactionen auf dysphorische Reize. Wenn man dann im Hinblick auf derartige Fälle der Ueberzeugung Ausdruck giebt, dass eine Abtrennung dieser epileptischen Wanderzustände von den in gleicher Weise durch Dysphorie ausgelösten Reisen nichtepileptischer Individuen (z. B. bei Hysterie oder Neurasthenie) auf Grund ihrer momentanen Symptome unmöglich sei, so ist zur Zeit wohl nichts dagegen einzuwenden.

Allein ganz anders liegt doch die Frage hinsichtlich der Wanderungen in den richtigen epileptischen Dämmerzuständen, also bei ausgebildeter

Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Bewusstseinstrübung mit Herabsetzung der Auffassungsfähigkeit, Störung des Gedankenablaufs und Behinderung des Verknüpfens neuer Wahrnehmungen mit den früher erworbenen Erinnerungsbildern. Angesichts der mannigfachen Differenzen zwischen epileptischen und hysterischen Dämmerzuständen, die wir heute schon kennen, dürfen wir hoffen, durch sorgfältiges Studium der Symptomatologie solcher Wanderzustände differentaldiagnostisch werthvolle Anhaltspunkte zu gewinnen. Zunächst dürfte es erforderlich sein, sich über das Zustandekommen eines Wandertriebs im epileptischen Dämmerzustande klar zu werden.

Am einfachsten erscheint es, von der Epilepsia procursiva mit ihrer stürmischen, rein triebartigen Fortbewegung bei völliger Verwirrtheit auszugehen. Daran reihen sich ungezwungen manche Petit-mal-Anfälle, in denen bald eilige Laufbewegungen, bald rhythmisches Springen, bald langsames Umherwandeln sich automatenhaft abspielen. Ferner können einzelne Hallucinationen oder nächtliche Träume die verwirrten Kranken zu Lokomotionen veranlassen. Das relativ häufige Auftreten derartiger Zufälle im Schlafe hat zu der alten Lehre von der Mondsucht Veranlassung gegeben. Dauert ein solches Aequivalent länger an, werden die Bewegungen complicirter, lässt die Trübung des Bewusstseins soweit nach, dass eine gewisse Auffassung der Umgebung und Anpassung an dieselbe möglich ist, äussere Reize entsprechende Reactionen hervorrufen, so bekommen wir allmählich den Uebergang zum Dämmerzustande mit seinem traumhaft veränderten Bewusstsein.

Sehr interessant und werthvoll für das Verständniss des Wanderns im epileptischen Dämmerzustande ist es, wenn derselbe Kranke, der im Dämmerzustande planlos umherläuft, auch in seinen Petit-mal-Anfällen den Trieb zur Fortbewegung erkennen lässt. Ein solches Zusammentreffen war im nachstehenden Falle gut zu constatiren, der ausserdem dadurch ausgezeichnet war, dass der Kranke nicht bei seiner Festnahme erwachte, sondern noch in der Klinik Gelegenheit zur Untersuchung seines veränderten Bewusstseinszustandes bot.

Fall I.

Heinrich St., Arbeiter, 41 Jahre alt, wurde am 13. November 1902 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Ueber Heredität nichts bekannt. In der Jugend ganz gesund. 1885—87 bei der Garde gedient. 1888 geheiratet. 1891 Bierfahrer. Potus. In den nächsten Jahren öfters geklagt, es sei ihm so merkwürdig, es stiegen Bilder vor ihm auf. Dann Auftreten von Krampfanfällen mit initialem Schrei und Zucken in allen Gliedern. Nachher öfters stundenlang verwirrt. Reizbar. Häusliche Scenen. 1894 von der Frau getrennt. Bis October 1901 in Eckernförde auf Ziegeleien

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gearbeitet. Oefters planlos umhergeirrt. 1902 Scheidung. Zuletzt am Hafen gearbeitet.

Am 13. November 1902 wurde Patient von der Polizei festgenommen, weil er sich in zielloser Weise auf den Strassen umhertrieb und sich an fremden Thüren verdächtig zu schaffen machte. Er konnte seine Wohnung nicht angeben, hatte kein Geld bei sich, gab verworrene Antworten. Da Geistesstörung vorzuliegen schien, schaffte ihn die Polizei zur Klinik.

Bei der Aufnahme ruhig, wie traumhaft benommen, mit ausdruckslosem Gesicht. Nennt seinen Namen, sagt auf Befragen, ob er wisse, wo er hier sei, immer nur, er sei Ziegeleiarbeiter.

(Nein, wo sind Sie hier?) „Ich weiss nicht, wer es bestimmt hat. Die Polizei hat gesagt, ich habe mich der Krupp'schen . . . .“

(Was für ein Haus ist das hier?) „Das kann nur eine Angelegenheit sein für Leute, die nicht genug Wasser oder zu viel lassen.“

(Wer ich?) „Die Polizei hat mir gesagt . . .“ (Steht auf.) „Ich denke, dass Sie ein Arzt sind.“

(Sind Sie krank?) „Ich habe ein paar Mal die Krämpfe gehabt.“

Sagt auf weiteres Befragen, er merke das Nahen der Krämpfe an Kribbeln in den Händen. Mitunter wisse er nichts von sich. Die Leute hätten gesagt, er falle um und habe Zuckungen; einige Male Zungenbiss, nicht Einnässen.

Patient fasst schwer auf. Man muss ihn oft mehrfach anrufen, bis er antwortet. Zwischen den Fragen sitzt er ganz versunken da und starrt vor sich hin. Obige Angaben über seine Krämpfe wurden mühsam aus ihm herausgeholt.

Sagt ebenso auf weiteres Befragen, er habe die Anfälle als Bierfahrer bekommen, habe damals viel Schnaps getrunken.

„Nach meiner eigenen Ueberzeugung habe ich, wie die Leute mir gesagt, geglaubt, dass es Mondsucht sei.“

Er habe jeden Monat einen Anfall. Ein Polizist habe ihn gebracht. Weiss nicht, wie lange er auf der Wache war. Sieht schläfrig vor sich hin, sagt auf Anrufen: „Die letzte Frage war nach meinen Krämpfen.“

(Was gestern gemacht?) „Das weiss ich selber nicht.“ (Nach mehrmaligem Fragen.)

Giebt schliesslich an, er sei zuletzt Hafenarbeiter gewesen. Ist zeitlich ganz unorientirt. Hallucinationen sind nicht nachzuweisen. Gegenstände werden richtig bezeichnet. $6 \times 8 = 48$; $6 \times 5 = 30$; $17 + 19 = 36$; $21 + 32 = 54$; $41 - 18 = ?$ (hat die Frage gleich vergessen); $7 + 5 = 12$; $12 + 15 = ?$; $33 - 7 = ?$ (Wiederholt verständnisslos die Frage). Alle Antworten erfolgen mit langer Pause. Deutliche Ermüdung. Nimmt Nahrung.

Klinische Vorstellung (Geh. Rath Siemerling): Patient drängt aus dem Bette, in welchem er in den Hörsaal gefahren wird. Sich selbst überlassen, bleibt er wie träumend stehen. Das Gesicht ist ausdruckslos. Die Lider hängen. Alle Bewegungen geschehen langsam, mechanisch.

(Guten Tag!) „Guten Tag.“

Nennt auf Befragen den Namen; sagt, er sei von der Polizei gebracht, weil er Krämpfe gehabt haben solle. Er wisse, wo er sei.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Wo denn?) —

(Wo sind Sie hier?) „In Düsternbrook, das soll hier die Krupp'sche Anstalt sein".

(Zu Bett gelegen?) „Ja."

(Wohin wollen Sie jetzt?) —

(Wieder zu Bett?) „Ich weiss nicht, was ich soll." Geht dann langsam ins Bett zurück.

(Wo waren Sie gestern?) —

(Wo gestern?) „Auf der Polizei."

(Wer hatte Sie dahingebracht?) „Das weiss ich nicht."

(Wo vorgestern?) „Am Hafen."

(Was da gemacht?) „Am Hafen habe ich gearbeitet." (Nach dreimaliger Wiederholung.)

(Was gearbeitet?) „Wo gerade Arbeit war."

(Klar im Kopf?) —

Nach dreimaliger Wiederholung: „Es thut mir hier weh." Zeigt nach der Stirn. Sehr verlängerte Reactionszeit. Alle Fragen müssen mehrfach wiederholt werden. Patient macht einen sckwerbesinnlichen, traumverlorenen Eindruck, ist zeitlich unorientirt. Sein Handeln ist planlos. Zwischendurch versinkt er immer wieder. Spontane Aeusserungen macht er nicht. Vorgänge in der Umgebung erregen nicht seine Aufmerksamkeit, bis man ihn durch lautes Anrufen vorübergehend fixirt hat. Dann giebt er aber bis zu einem gewissen Grade über sich und seine Leiden Auskunft.

In Ruhe gelassen, liegt er nachher ruhig, fast stuporös im Bette. Das Gesicht ist geröthet. Kein Tremor, kein Foetor alcoholicus, kein Schweissausbruch.

(Was macht der Kopf jetzt?) —

Bei Wiederholung der Frage murmelt er nach langer Pause wie traumverloren: „Der Kopf?" Versinkt dann wieder.

Rechenaufgaben löst er theils falsch, theils richtig.

Status: Kräftig gebaut. Mehrere frische Verletzungen an der Stirn. Pupillen mittelweit, gleich, rund. Reaction auf Licht und Convergenz erhalten. Augenbewegungen frei. Cornealreflex schwach. Augenhintergrund normal. Facialis links etwas stärker innervirt als rechts. Vorne an der Zunge alte Narbe, ebenso am linken Rand. Die Spitze fehlt zur Hälfte. Der rechte Zungenrand zeigt frische Erosionen, ist geschwollen und schmerzhaft! Kniephänomene lebhaft. Andeutung von Babinski. Bauchdeckenreflexe erhalten. Motilität nicht gestört. Sensibilität gut. Innere Organe ohne Besonderheiten. Puls 60, rigide. Urin frei von Zucker, Spur Eiweiss.

14. November. Pat. klagt über Schmerzen an der Zunge. Sagt auf Befragen, er sei in Kiel, im Krupp'schen Hause für Kranke. Die Polizei habe ihn gebracht, er wisse nicht, von wo. Gestern sei er in einem Saal untersucht worden, wo Herren in schwarzem Anzuge gewesen wären. Die Antworten erfolgen langsam. Die Augen sind meist geschlossen. Ist nur durch lautes Anreden zu fixiren. Erscheint noch schwerbesinnlich. Schläft Nachts.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain

15. November. Kann nicht sagen, wie lange er hier ist. Weiss nicht, ob er einen Anfall gehabt hat. Der Kopf sei nicht so, wie er sein müsse. Antwortet leise, langsam. Spricht nicht spontan. $7 \times 8 = ?$; $7 \times 8 =$ „8?“; $3 \times 3 = 9$; $3 \times 8 = 24$; $8 \times 6 = ?$. Wiederholt nach $^1/_2$ Minute die Aufgabe auf Verlangen richtig. $8 + 7 = 15$; $19 + 22 = 41$; $21 - 8 = ?$. Gegenstände werden richtig bezeichnet. Geld wird richtig zusammengezählt. Im Urin kein Eiweiss mehr.

16. November. Noch schläfrig, schwer besinnlich, meist regungslos. Starrer Gesichtsausdruck. Wirft Morgens plötzlich die Bettdecke hoch in die Luft. Sagt auf Befragen, er habe nicht gewusst, dass er das thue. Es sei ihm erst nachher zum Bewusstsein gekommen.

17. November. Weiss heute, wo er ist, kann den Wochentag richtig nennen. Sagt selbst, der Kopf sei wieder klarer, aber noch nicht ganz klar. Ueber die letzten Tage vor der Aufnahme kann er nichts angeben. Er habe am Hafen gearbeitet; wisse aber nicht, bei welchem Schiff und wann. Wisse nicht mehr, wo er gewohnt habe. Sei den Sommer über in Kiel gewesen. Vorher Ziegelarbeiter. Potus bestritten. Die Frau lebe von ihm getrennt. Hier sei er in einem grossen Saale gewesen, wo lauter Richter gesessen hätten. Antwortet noch sehr langsam, gehemmt. $6 \times 7 = 42$; $17 + 19 = 36$; $28 + 17 = 35$.

20. November. Dauernd völlig orientirt. Sagt selbst, er sei nun wieder frei. Ziemlich stumpfes Wesen. Morgens Schwindelgefühl.

22. November. Merkfähigkeit gut. Etwas lebhafter.

26. November. Erzählt, dass er früher bei einem Bauer, dann auf Ziegeleien gearbeitet habe, zuletzt am Hafen. Habe jetzt wenig getrunken. Habe das Trinken gelassen, weil er alle 4 Wochen Krämpfe bekam. Kann sich weder auf seine Wohnung noch auf Namen und Aussehen seiner letzten Umgebung besinnen.

28. November. Kennt seine Wohnung noch nicht; weiss jetzt aber, dass er am Hafen Kohlen ausgeladen hat. Ueber die Namen der Collegen und des Arbeitgebers kann er nichts angeben. Glaubt, er habe seine Uhr versetzt, um die Miethe zu bezahlen. Oefters sehr ärgerlich, reizbar, schimpft auf die Pfleger. Glaubt sich beim Essen zurückgesetzt. Will fort.

29. November. Tags über ruhig. Steht Nachts gegen 1 Uhr auf, verlangt Licht (der Saal ist erleuchtet). Kramt das ganze Bett um, irrt im Saale umher. Zurückgebracht, schläft er wieder ein. Morgens um 6 Uhr ein Anfall: Patient röchelt, zieht die Arme krampfhaft an die Brust, spreizt die Beine steif ab, bohrt den Kopf nach hinten. Augen offen. Gesicht blass, dann roth. Schaum vor dem Munde. Keine Zuckungen. Dauer 3 Minuten. Bei Erscheinen des Arztes ist der Anfall vorbei. Patient hört wieder. Pupillen wegen Zukneifens der Augen nicht sicher zu prüfen. Kniephänomene erhalten. Zehenreflexe fehlen. Nach 1 Stunde erst klar. Amnesie für Alles. Klagt Müdigkeit in den Armen. Sensibilität nicht gestört. Kein Eiweiss.

30. November. Klar, keine Beschwerden, doch reizbar. Weiss nichts von seinem Umherlaufen in der letzten Nacht.

Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

2. December. Nachts $12^3/_4$ Uhr Anfall: Lauter Schrei. Klonische Zuckungen in Armen und Beinen. Schaum vor dem Munde. Blass, bei Erscheinen des Arztes noch bewusstlos, doch Glieder schlaff. Schnarchende Athmung. Pupillen reagiren wieder. Nach $^1/_4$ Stunde klar. Amnesie. Kein Eiweiss im Urin.

10. December. Morgens 4^{40} Anfall wie oben, doch Zungenbiss. Nachher beiderseits Babinski und Eiweiss im Urin. Amnesie.

13. December. Steht Nachts auf, zieht sich nackt aus, läuft durch den ganzen Saal, sucht in's Nebenzimmer zu gelangen. Auf Anruf gereizt, sagt zornig, man solle ihn in Ruhe lassen. Ist nur mit Mühe ins Bett zurückzubringen. Schläft Morgens lange. Entsinnt sich nur, dass er von Melken geträumt habe. Es sei ihm gewesen, als solle aus seinem Leib Milch herausgenommen werden. Weiss dann nur, dass er plötzlich nackt im Zimmer gestanden hat. Schiebt es auf den Vollmond. Müde und schläfrig, doch orientirt. Kein Eiweiss.

15. Januar. Steht Nachts wie im Traum auf und lässt Urin. Weiss nachher nichts davon.

19. Januar. Verwirrt. Glaubt, seit gestern hier zu sein. Kann Gegenstände nicht bezeichnen:

(Feder) „Zum Schreiben".

(Bleistift) „Strich".

(Korkzieher) „Nadel für Biertonne" u. s. w.

24. Januar. Wieder klar und geordnet.

4. Februar 1903. Nach einer anderen Anstalt überführt.

Die Bedeutung dieses Falles liegt, wie gesagt, in zwei Richtungen. Einmal war es recht interessant zu sehen, wie sich bei einem nichtcriminellen Epileptiker, der gerade wegen planlosen Umherwanderns zur Aufnahme gelangt war, in der Klinik mehrfach (am 29. November, 13. December, 15. Januar) kurzdauernde Bewusstseinstrübungen Nachts einstellten, in denen neben allerlei automatenhaften Handlungen, wie Entkleiden, Durchwühlen des Bettes, Aufstehen zum Urinlassen, vor Allem der Trieb zum Fortlaufen hervorstach. Zweitens ist die Krankengeschichte deshalb werthvoll, weil St. noch vor Ablauf seines Wanderzustandes zur Klinik gebracht wurde, so dass die bestehende Bewusstseinstrübung direct ärztlich constatirt werden konnte. Er machte im Allgemeinen einen traumhaft benommenen Eindruck, bewegte sich meist langsam in automatenhafter Weise mit ausdruckslosem Gesicht und herabhängenden Lidern, fasste nur schwer auf, musste mehrfach angerufen werden, ehe er antwortete. Sonst sass er in sich versunken da. Zeitlich und örtlich war er unorientirt. Dagegen nannte er seinen Namen, gab an, an Krämpfen zu leiden, erkannte den Arzt als solchen. Dann wieder ertheilte er sinnlose Antworten oder schwieg ganz. Dieses Verhalten erinnerte keineswegs an das Ganser'sche Vorbeireden der Hysterischen. Die Zerfahrenheit des Gedankengangs war eine weit

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stärkere, die Erschwerung der Auffassung ausgeprägter. Um so interessanter war der plötzliche Wechsel der Erscheinungen St. konnte sich zeitweise ganz sachgemäss äussern. Dieses Schwankende der Bewusstseinstrübung beruhte wohl zum grossen Theil auf der Möglichkeit, vorübergehend die Aufmerksamkeit durch energische Reize anzuregen, sowie andererseits auf der schnellen Ermüdbarkeit. Aphasie bestand bei der Aufnahme nicht, dagegen in dem späteren Anfalle von Verwirrtheit am 19. Januar, einige Male fand sich Andeutung von Echolalie. Erwähnt sei das Zurücktreten der sonst bei Epileptikern so häufigen Perseveration. Analgesie fehlte. St. klagte über Schmerzen an der Zunge und im Kopfe. Vermuthlich war dem Dämmerzustande ein Krampfanfall voraufgegangen. Daraufhin deutete neben dem frischen Zungenbiss auch die Spur Eiweiss im Urin und die Andeutung von Babinski.

Heftigere Erregungen wurden vermisst. Bei der klinischen Vorstellung drängte der Patient aus dem Bette, blieb dann aber wie träumend stehen. Einmal warf er plötzlich seine Bettdecke in die Höhe, ohne einen Grund für sein Thun zu wissen. Sinnestäuschungen wurden in der Klinik nicht beobachtet. Nur später, bei dem Schlafwandeln am 13. December, scheinen schreckhafte Träume mitgespielt zu haben. Die Aufhellung trat erst nach 5 Tagen allmälig ein. Für die Vorgänge während des Dämmerzustandes blieb nur eine sehr summarische Erinnerung zurück, die zum Theil illusionär gefälscht war. So wähnte St., es hätten im Hörsaale lauter Richter um ihn herum gesessen.

Vergleicht man diese ganze Darstellung mit den Krankheitsbildern, wie wir sie sonst bei epileptischen Dämmerzuständen zu sehen pflegen, so lassen sich abweichende Züge nicht entdecken. Stets würde man bei dem Zustande, den St. in der Klinik bot, auch wenn epileptische Krampfanfälle nicht sicher gestellt wären, in erster Linie an eine epileptische Bewusstseinstrübung denken. Charakteristisch war vor Allem das ziemlich gleichförmig gehemmte Gebahren, gelegentlich unterbrochen von einzelnen automatenhaften Handlungen, und die starke Störung des Gedankenablaufs. Der Fall reiht sich in dieser Beziehung den kürzlich von Siemerling[1]) mitgetheilten Beobachtungen epileptischer Bewusstseinsstörungen sehr gut an, namentlich der interessanten Schilderung des Knaben P. W. In beiden Fällen spielten Hallucinationen anscheinend keine Rolle. Umso lebhafter waren sie bei dem folgenden Kranken

1) Siemerling, „Zur Lehre von den epileptischen Bewusstseinsstörungen.“ Dieses Archiv 42. Heft 3.

Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

vorhanden, der ebenfalls vor Ablauf seines Wanderzustandes in ärztliche Beobachtung gelangte.

Fall II.

S., Rentner, 66 Jahre alt, wurde am 11. April 1903 der Städtischen Irrenanstalt in Frankfurt a. M. zugeführt.

Ueber erbliche Belastung liess sich nichts in Erfahrung bringen. Patient litt von Jugend auf an Ohnmachten und Schwindelanfällen. Als Conditor erwarb er sich ein kleines Vermögen, blieb unverheirathet, zog als Rentner nach X. in Süddeutschland. Dort stand er in letzter Zeit wegen nervöser Beschwerden in ärztlicher Behandlung. Verschwand dann vor einigen Tagen, wurde am 11. April in Frankfurt von der Polizei festgenommen, als er in plötzlicher Erregung Geld auf die Strasse streute und dadurch einen Menschenauflauf verursachte. Er trug mehrere tausend Mark bei sich.

Bei der Aufnahme war er ängstlich verwirrt, suchte sich im Aufnahmezimmer zu entkleiden, sprach von Zigeunern, die ihn bedrohten. Konnte vorgehaltene Gegenstände nicht bezeichnen. Nach dem Bade beruhigte er sich, lag still zu Bett, nahm Nahrung, erschien äusserlich geordnet. Die körperliche Untersuchung ergab ausser mässiger Arteriosklerose nichts Besonderes.

(Welches Jahr?) „Komme gleich darauf. Ich bin doch der S.“

(Heissen S.?) „Nein, ich bin der S., weiss es genau.“ (Weinerliches Wesen).

(Jahr?) „Muss es direct zahlen.“ (Nach längerem Besinnen.)

(Wie alt?) „66.“

(Wann geboren?) „1866.“ (Weint.)

(Verheirathet?) „Nein.“

(Wohnung?) „Am Längsten bin ich immer gewohnt.“

(Wo hier?) „Ich komme schon darauf. Ich bin anwesend in dem Haus, wo die evangelische . . .“

(Wo denn?) „So genau bekannt bin ich nicht,“

(Wie lange hier?) „Im Jahre 61.“

(Schon Mittag vorbei?) „Ja, weiss nicht genau.“

(Schon Mittag gegessen?) „Das kann man auffassen, wie man will.“

(Anfälle gehabt?) „Ja, da komme ich auf was!! (Greift sich an den Kopf.) „Schon in meinem 5. Jahre. Sie haben verschieden es genannt.“ (Versinkt.)

(Wo heute Morgen?) „In der Kirche. Schon als kleiner Junge . . . Wo es so dämmert, wurde es von Herrn Hofrath genannt. Es sei ein Epileptoid. Schon in Kindheit, ich habe mich wieder aufgelebt, schon in die Höhe gefüttert. Ich habe gesagt, ich sei epileptisch.“

Die Sprache ist verwaschen, stockend, zuweilen wiederholt Patient verständnisslos die Worte der Frage.

(Was sind sie?) „Ich bin Conditor.“

(Wo ist ihr Geschäft?) „Habe kein Geschäft gehabt. Ich habe Ihnen die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Amerikaner angesehen wegen der Zahnschmerzen. Habe sie verloren. Das gehört mit zu meinem Zahnleiden."

Weiss, dass Monat April ist, bezeichnet mehrere Geldstücke richtig.

(3 Mark.) „Was ist das? Louis? So ein Ernestinischer, Hannoveraner oder auch . . . Markstück!"

(Scheere.) „Schneiden, Schneiden; hab' schon damit zu thun gehabt mit dem Sujet."

(Was ist es?) „Wir haben davon gesprochen, das ist immer soviel. Da muss ich drüber nachdenken, bis ich's rausbringe."

$3 \times 3 = 9$; $5 \times 6 = 30$; $6 \times 7 = 42$: $7 \times 6 = 42$; $8 \times 9 = 64$; $13 \times 13 = ?$ „$10 \times 13 = 130$ und nochmal $13 = 143$."

„Das ist die verzweifelte Rechnung. Sie haben mich zur Verzweiflung gebracht. Da konnte ich nicht mehr rechnen."

Briefmarke richtig bezeichnet.

12. April. Hält sich ruhig, macht einen gehemmten, fast benommenen Eindruck. Murmelt mitunter vor sich hin. Bezeichnet aber Gegenstände heute richtig. Erkennt den Arzt nicht als solchen. Als vor ihm von Augenspiegeln die Rede ist, sagt er: „Ja, ich habe am Auge was. Sie haben mich auf andere Art kurirt. Das Elektrisiren hat mir gut gethan. Das Frauenzimmer hat's gethan."

(Wie lange hier?) „Seit 4—5 Tagen."

(Wo hier?) „An 2 Plätzen, Ich komme von X.

Während des Sprechens sind fortwährend Schüttelbewegungen des Unterkiefers zu beobachten.

„Ich bin in schlechte Gesundheitsverhältnisse gekommen. Schon seit Sommer habe ich besonders an den Nerven gelitten, habe die angesehensten Aerzte aufgesucht. Ich verspreche mich immer, weil ich nicht weiss, wo ich bin. Ich denke, ich wäre in X.? Ich bin da mit mehreren Familien bekannt geworden, die mich gerne gesehen haben, und von denen ich jetzt sagen muss, dass ich mich freue, dass ich sie kennen gelernt habe."

(Wo das viele Geld her?) „Durch meinen Beruf nur theilweise. War immer sparsam. Mehr kann ich aber nicht sagen. Aber zu einer andern Zeit kann ich es sagen. Ich kann meine Gedanken nicht zusammenhalten. Ich bin meiner Sinne nicht mächtig. Obs ein Nervenschlag ist, oder was anderes? Der Herr Hofrath muss es genau wissen, denn ich bin 2 Jahre lang jeden zweiten Tag hingegangen und bin elektrisirt worden. Jetzt kann ich wieder springen. Ich spring' jetzt. Seit 14 Tagen geht's wieder."

(Wie fühlen Sie sich?) „Mir ist ganz wohl."

(Von X. abgereist?) „Ja, das weiss ich."

(Wohin?) „Von X. bin ich weg. Nein. Jetzt weiss ich's nicht. Von X. bin ich weggereist. Die Schwestern haben mir das Leben so leicht gemacht."

(Wann fort?) — (Versinkt).

15. April. Unverändert. Müde, wie benommen.

(Was machen Sie hier?) „Ebensolche ganze Sachen."

(Was denn?) „Modellirsachen von Italienern. Das merke ich hier im

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bett nur zu gewissen Tageszeiten. Es ist freilich nicht den ganzen Tag zu fühlen. Der Schmerz ist nicht so gross, aber immer da.“ (Zeigt den rechten Zeigefinger vor, an dem nichts zu sehen ist.)

(Wie lange hier?) „5 Monate, nein, 6 Monate.“

(Welches Jahr?) „2000, 1000, 2000.“

16. April. Nachts plötzlich heftige Unruhe. Ins Dauerbad. Spricht bei der Visite unverständlich oder verworren vor sich hin. Nicht zu fixiren. Macht mitunter ängstlichen Eindruck.

20. April. In den letzten Tagen wieder mehr gehemmt; selten ängstlich oder zornig erregt. Heute freier.

(Wo hier?) „Weiss nicht genau. In einer Zeit habe ich mir gedacht in X. Bisher immer in X.“

(Monat?) „Mai.“

(Jahr?) „Eintausend“ (besinnt sich) „Neunhundertundrei.“

(Schon häufiger krank?) „In den letzten Wochen und Monaten. Früher keine solche Zustände.“

(Krämpfe gehabt?) „Nein, aber Schwächezustände.“

(Schlaganfälle?) „Ja, zum ersten Male bei Turnsachen.“

Pat. erzählt eine etwas verworrene Geschichte davon, dass er mit 10 Jahren ohnmächtig geworden sei. Er sei allmählich durch Pollutionen schwächer geworden. Drei Aerzte hätten gesagt, es sei ein Epileptoid. Er sei zuletzt in X. mit Elektricität behandelt worden.

(Wohin von X.?) „Weiss nicht.“

(Wie hierhergekommen?) „Weiss nicht.“

23. April. Klar und geordnet. Giebt an, mit 12 Jahren ein „Epileptoid“ durchgemacht zu haben. Sei mit Brom behandelt worden. Jetzt habe er fürchterliche Träume gehabt: Sein Schwager, ein Oberstleutnant, sei vor seinen Augen entkleidet und erschossen worden. Seine Schwester sei mit zu Grunde gegangen. An einem schrecklichen Tage sah er rings Kerle mit Hüten hereinspringen. Hörte viele Stimmen, eine 4—5stündige Rede. Was in der Rede enthalten war, habe er nicht verstanden. Sah einen schönen Platz mit Bänken, dann wieder fürchterliche Dinge.

1. Mai. Dauernd geordnet. Kann sich nicht entsinnen, wie er von X. nach Frankfurt kam. Weiss nichts von der Reise. Weiss nicht, dass er Geld auf die Strasse geworfen hat. Hat nur eine unklare Erinnerung, dass er von allen Seiten bedroht war.

11. Mai. Hält daran fest, er habe nie Krämpfe gehabt, sondern nur „Epileptoide“, d. h. Zustände mit Bewusstseinsverlust: Seit der Jugend 6 solche Anfälle. Der Letzte jetzt sei wohl der Schlimmste gewesen.

Beim Aufstehen Schwindelanfall: Stürzt hin, hat Zuckungen in den Gliedern. Nachher Amnesie; fühlt sich angegriffen. Später noch ein Anfall von epileptischem Charakter.

8. Juli. Redselig, euphorisch. Erzählt, er habe die ersten Tage, wo er hier war, im Bett immer Eisenbahnstationen ausrufen hören. Habe geglaubt, auf der Eisenbahn zu sein.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

20. August. Sehr wechselnde Stimmungen. Oft reizbar. Wiederholt Krampfanfälle.

Später ungeheilt nach anderer Anstalt.

In diesem zweiten Falle sind die Schwankungen zwischen Hemmung und Erregung viel schroffer ausgeprägt. Die Erregungen trugen vorherrschend einen ängstlichen Charakter und waren, wie sich aus gelegentlichen Aeusserungen des Kranken, vor allem aber aus seinen späteren Erinnerungsresten ergab, von schreckhaften Sinnestäuschungen und Wahnideen begleitet resp. hervorgerufen. So entsann sich D., viele Stimmen gehört und concentrisch andringende Gestalten gesehen zu haben. Sein Schwager wurde vor seinen Augen nackt erschossen. Der Gedankengang war aber nur zeitweise hochgradig zerfahren. Zu anderen Zeiten liess sich Pat. leidlich fixiren, machte richtige Angaben über seine Vorgeschichte und seine Krankheit. In solchen Augenblicken erschien er wohl im Stande, sich unauffällig auf der Strasse zu bewegen und eine Eisenbahnfahrt anzutreten. Näheres über seine Reise war leider nicht zu erfahren. Allerdings dauerten in der Klinik die relativ klaren Episoden nie lange. Der Patient ermüdete immer bald, wurde verworren in seinen Antworten oder brachte überhaupt nichts mehr heraus. Bei der Aufnahme bestand deutliche Aphasie, später nicht mehr. Einige Male wurden auch Perseveration und Echolalie beobachtet. Interessant ist, dass D. von seinen Krampfanfällen selbst nichts wusste, dieselben vielmehr in Abrede stellte.

Gemeinsam ist also den Wanderzuständen unserer beiden Patienten, um das noch einmal zu wiederholen, eine in ihrer Intensität oft und plötzlich wechselnde Bewusstseinstrübung, die es noch gestattet, dass der Kranke trotz schwerer Störungen seiner Ideenassociation eine gewisse Auffassung der Vorgänge der Aussenwelt behält und einzelne Schlüsse richtig zieht, wie z. B. der Patient St. in der Klinik den Arzt als solchen erkennt. Eine gewohnte Thätigkeit, wie Essen und Entkleiden, wird mechanisch ohne Störung vollzogen. Leichtere Rechenexempel werden richtig gelöst. Dann aber verrathen wieder unerwartete Verkehrtheiten auch einer laienhaften Umgebung die bestehende Geistesstörung, so bei St. das sinnlose Eindringen in fremde Häuser, bei D. das Umherstreuen von Geld. Gerade auf dieses schnelle Nebeneinander von anscheinend geordneten gleichgültigen, mehr unauffälligen Erscheinungen und befremdlichen unerwarteten Handlungen, oft mit dem Charakter der Gewaltthätigkeit, hat Siemerling[1]) in differentialdiagnostischer Hinsicht stets den Hauptnachdruck gelegt.

1) Siemerling, „Ueber die transitorischen Bewusstseinsstörungen der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gegenüber den hysterischen Dämmerzuständen sei darauf hingewiesen, dass dort die Bewusstseinstrübung im Ganzen keine so schwere ist, die Hysteriker eine grössere Lebhaftigkeit an den Tag legen, sich besser ihrer Umgebung anpassen und bei einer Exploration kein so eintöniges Krankheitsbild zeigen. Entweder entwickelt sich in der Unterhaltung das von Ganser beschriebene Vorbeireden, oder aber es kommt zur Bildung phantastischer Wahnideen, eventuell mit Ausbildung einer zweiten Persönlichkeit, oder mit späterem Fortspinnen romanhafter Geschichten nach Art der Pseudologia phantastica. So erzählte ein Soldat, der im hysterischen Dämmerzustande fortgewandert war, er sei in Russland gewesen, habe eine Schlacht mitgemacht. Ein anderer fabelte von grossen Geldsummen, die er bekommen sollte. Ein dritter Kranker behauptete, Seeräuber zu sein und ein grosses Schiff zu besitzen. Vielfach fand sich dabei ein geziert albernes Gethue. Die einmal in Anspruch genommene Rolle wurde mit mehr oder weniger Geschick durchgeführt. Zerstreut schläfriges Wesen mit Einengung des Bewusstseins auf einen bestimmten Gedankengang vertrat meist die Stelle der schweren Associationsstörung der Epileptiker.

Endlich bei den neurasthenischen Wanderzuständen fehlt eine eigentliche Bewusstseinstrübung überhaupt. Hier handelt es sich wohl stets um eine Reaction auf dysphorische Reize im Sinne Heilbronner's. Höchstens dürften heftigere Angstanfälle und übermässiger Alkoholgenuss vorübergehend die klare Ueberlegung rauben. Im Allgemeinen suchen nur die Kranken einer ihnen unerträglich gewordenen Situation zu entgehen oder sie wollen, wie das Schultze[1]) treffend ausgedrückt hat, ihre ärgerliche Stimmung „vertreten". Das „Gefühl des Krankseins, des Sich-nicht-wohl-fühlens, treibt sie in die frische Luft, in den Wald oder auf das Feld, wo sie auf eine Besserung ihres Befindens hoffen können; sie wollen eine andere Umgebung aufsuchen, von der sie sich Besserung vor Allem hinsichtlich ihrer Gemüthsstimmung versprechen."

Die epileptischen Dämmerzustände haben viel eher Aehnlichkeit mit den Alkoholdelirien, in denen ja auch grössere Wanderungen gelegentlich vorkommen. Bei beiden Psychosen treffen wir auf die ausgesprochene Neigung zu weitgehenden Schwankungen im Grade der

---

Epileptiker in forensischer Beziehung." Berl. klin. Wochenschr. 1895. No. 42. Vergl. auch von demselben: „Epileptische Psychosen", Schmidtmann's Handb. d. ger. Med. 1906. Bd. III.

1) E. Schultze, „Ueber krankhaften Wandertrieb." Zeitschr. f. Psych. 60. S. 795.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bewusstseinstrübung. Auch an Alkoholdeliranten verblüfft oft der ausserordentliche Contrast zwischen den sachgemässen Antworten bei geweckter Aufmerksamkeit und dem verwirrten Gebahren des sich selbst überlassenen Kranken. Auch hier werden trotz völliger Verkennung der realen Verhältnisse Bekannte mit Namen angeredet, Aufforderungen befolgt, eine gewohnte Thätigkeit ohne Störung ausgeübt. Auch hier kann es plötzlich zu einer unerwarteten Gewalthandlung kommen, für die nachher völlige Amnesie besteht. Freilich spielen im Alkoholdelir Sinnestäuschungen, Illusionen und mannigfache Wahnideen eine ganz andere Rolle als im epileptischen Dämmerzustande, doch werden sie auch im Letzteren nicht ganz vermisst, wie unser Fall II zeigt. Man vergleiche ferner Mönkemöller's[1]) schönen Fall E. mit seinen ekstatischen Visionen.

Immerhin ist die Associationsstörung im epileptischen Dämmerzustande wohl im Allgemeinen eine tiefergehende. Sie wird nur verdeckt durch das äusserlich Geordnete des sich automatisch abspielenden Gebahrens. Beachtenswerth ist das häufige Krankheitsgefühl, das sich hier findet. So klagte unser Patient St. über Kopfweh und D. äusserte: „Ich kann meine Gedanken nicht zusammenhalten. Ich bin meiner Sinne nicht mächtig!" In ähnlicher Weise hatte Mönkemöller's Patient E. selbst das Gefühl, dass sein Zustand und Handeln sonderbar wären und sich als Fügung Gottes darstellten. Zwischen epileptischem Dämmerzustande und epileptischem Delir bestehen fliessende Uebergänge. Interessant ist der kürzlich von Siemerling mitgetheilte Fall eines Arbeiters, der im präepileptischen Dämmerzustande eine Reise von Stettin nach Kiel unternahm, worauf sich hier nach einem kurzen Stadium ruhigen Verhaltens ein Delirium anschloss.

Es ist kaum anzunehmen, dass unsere beiden Patienten in dem Zustande, den sie in der Klinik darboten, lange Zeit hätten umherwandern können, ohne etwaigen Augenzeugen in der einen oder anderen Richtung aufzufallen. Das stimmt zu den Angaben anderer Autoren, besonders Siemerling's, der bei sorgfältigen Recherchen stets allerlei Absonderlichkeiten feststellen konnte. Der eine Patient war durch seine lallende Sprache und blutunterlaufenen Augen aufgefallen, hatte ein aufgeräumtes Wesen gezeigt, das an Betrunkenheit gemahnte. Ein Anderer machte den Eindruck eines Halbverrückten. Burgl[2]) und Fren-

1) Mönkemöller, „Zur Casuistik der forensischen pathologischen Bewusstseinsstörungen." Viertelj. f. ger. Med. 1906. 3. F., 32. Bd., S. 1.

2) Burgl, „Eine Reise in die Schweiz im epileptischen Dämmerzustande." Münch. med. Woch. 1900. S. 1270.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kel[1]) sprechen bei ihren Kranken mehr allgemein von verstörtem Aussehen. In Mönkemöller's Fall E. nahm schon die Polizei das Bestehen von Geisteskrankheit an. Derartige Erfahrungen sind praktisch von grosser Tragweite, weil sie uns veranlassen müssen, in forensischen Fällen eine eingehende Vernehmung aller Augenzeugen über jene Punkte zu beantragen. Etwa dadurch gewonnene Aufschlüsse geben dem Gutachten eine gesicherte Grundlage, anstatt dass der Sachverständige von der Glaubwürdigkeit des Exploranden abhängig bleibt. Als Beispiel diene folgender Fall:

Fall III.

Wilhelm H., Matrose, 24 Jahre alt, wurde am 21. Mai 1906 vom Kriegsgericht der Kieler Klinik zur Beobachtung überwiesen, nachdem er sich der unerlaubten Entfernung schuldig gemacht hatte.

Der Vater soll Trinker sein. Patient selbst hat sich normal entwickelt, in der Schule mässig gelernt. Schon in der Jugend soll er wiederholt von Hause fortgelaufen sein. Hatte eine Kopfverletzung nach Angabe der Eltern erlitten; galt nach Aussage des Pastors als nicht normal. Alkohol vertrug er stets schlecht, wurde dann leicht erregt. Wiederholt Wuthausbrüche. Oefters kurzdauende Schwindelanfälle. An Bord wurden von seinen Kameraden mehrmals Nachts bei ihm Krampfanfälle mit blutigem Schaum vor dem Munde und nachfolgender Amnesie bemerkt.

Kaiser's Geburtstag hatte er reichlich Alkohol genossen. Abends 10 Uhr begab er sich ohne Urlaub an Land und kehrte erst den nächsten Morgen zurück. Er gab an, soeben in den Anlagen aufgewacht zu sein und nicht zu wissen, wie er von Bord gekommen und was nachher mit ihm geschehen sei. Im Lazareth wurden dann zwei typische Krampfanfälle mit Pupillenstarre und Zungenbiss ärztlich constatirt. In der Klinik zeigte H. nur ein mürrisches Wesen, klagte öfters Kopfweh. Somatisch bestanden keine Abweichungen von der Norm.

Durch Zeugenaussagen liess sich aber feststellen, dass H. an dem betreffenden Abende schon vor 10 Uhr durch sein sonderbar lautes und erregtes Wesen an Bord aufgefallen war. Der Koch K. hatte ihn dann im Closet angelehnt gefunden und ihm gerathen, zu Bett zu gehen, jedoch die Antwort erhalten, K. sollte ihn in Ruhe lassen. Um $^1/_2$11 meldete sich H. bei dem Obermatrosen Sch., er habe Auftrag an Land zu gehen. Er ging dabei gerade und sprach fliessend. Gleich darauf fiel dem Posten an Land sein taumelnder Gang auf. Auf der Landstrasse begegnete H. nach einander verschiedenen Kameraden und Vorgesetzten, die ihn alle wegen seines unvorschriftsmässigen Anzuges aufzuhalten und zum Schiff zurück zu schicken suchten. Er sträubte sich aber jedes Mal heftig, sagte zum Einen, er habe Urlaub, zum Andern, er wolle sich

1) Frenkel, „Etude psycho-pathologique sur l'automatisme dans l'épilepsie." Thèse de Lyon 1890 (Fall II).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

amüsiren, zum Dritten, er gehe zu seiner Braut, obwohl er gar keine hatte. Allen fiel sein unsicherer Gang und sein merkwürdiges Wesen auf. Einige hielten ihn für betrunken. Die Vorgesetzten S. und L. schien er zu erkennen, setzte ihnen aber gereizten Widerstand entgegen, als sie ihn mitnehmen wollten. Dem Obermatrosen K. antwortete er überhaupt nicht auf Fragen. Schliesslich liess man ihn laufen. Von allen diesen Vorgängen will H. nichts mehr wissen.

Das Gutachten nahm als sehr wahrscheinlich an, dass H. sich bei seiner unerlaubten Entfernung in einem durch den voraufgegangenen Alkoholgenuss ausgelösten epileptischen Dämmerzustande befunden habe. Es erfolgte Freisprechung.

Schwieriger lag die Sache im nächsten Falle, insofern hier vor Abgabe des Gutachtens richtige epileptische Krampfanfälle nicht beobachtet worden waren, so dass sich die Schlüsse in erster Linie auf die durch Recherchen erlangten Berichte von Augenzeugen über das Benehmen im Wanderzustande stützen mussten.

Fall IV.

Johannes D., 24 Jahre alt, Matrose, wurde ebenfalls zur Beobachtung am 18. August 1904 in die Klinik aufgenommen:

Mutter und Schwester leiden viel an Kopfschmerzen. Erstere ist sehr beschränkt. Der Vater soll Trinker gewesen sein. Patient hat spät laufen und sprechen gelernt; soll als kleines Kind Krämpfe gehabt haben. Soll mit drei Jahren durch Fall vom Stuhl längere Zeit bewusstlos gewesen sein. In der Schulzeit zuweilen Ohnmachten. Mässiger Schüler. Mit 9 Jahren Diphtherie. Seither wiederholt von Hause fortgelaufen; Strafen halfen nichts dagegen. Stets reizbar und jähzornig. In der Lehre „Wuthkrampfanfälle“ bei Aerger, tobte, verlor nicht die Besinnung. Hielt in keiner Stelle aus; lief immer bald fort. Intolerant gegen Alkohol. Vor 7 bis 8 Jahren als Hausdiener wurde D. einmal von seinem Dienstherrn, wie dieser eidlich bekundet, bewusstlos aufgefunden. Sonst von Ohnmachten, Krämpfen, Schwindel nichts durch Zeugen bekannt. Bei der Marine im Allgemeinen gut geführt. Nur drei Mal wegen unerlaubter Entfernung bestraft: kehrte stets von selbst zurück, wusste keinen Grund anzugeben.

Am 18. Juni 1904 kam D. Nachts nicht vom Sonntagsurlaub zurück, hatte getrunken. Am 21. Juni meldete er sich freiwillig. Er hatte sich in Uniform planlos umhergetrieben und im Freien genächtigt. Wollte nur eine sehr lückenhafte Erinnerung haben. Konnte angeblich nicht sagen, warum er sich entfernt hatte. Während er sich noch in Untersuchung befand, entfernte er sich am 3. Juli abermals heimlich und kehrte erst am 5. Juli zurück. Er erzählte, er sei den Abend angetrunken gewesen, habe sich am 4. Juli in der Wohnung der Mutter wieder gefunden. Ueber sein Verhalten an diesem Tage sei er sich dann wieder nicht klar. Er sei wohl umhergelaufen, habe wohl nichts gegessen, da er kein Geld gehabt habe. Ob er zu Hause noch gefrühstückt habe, wisse er nicht.

Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Durch Recherchen wurde festgestellt, dass S. am 3. Juli sehr aufgeregt nach Haus gekommen war, mit Selbstmord gedroht, sich auch wirklich mit einem Messer an der linken Schulter leicht verletzt hatte. Er hatte dann eine Lampe zerschlagen, die Mutter bedroht und sich erst auf längeres Zureden schlafen gelegt. Am nächsten Morgen war er fortgelaufen, ohne zu sprechen und ohne das für ihn bereitgestellte Frühstück anzurühren. D. selbst konnte sich dieser Vorgänge nicht entsinnen, gab jedoch die Möglichkeit zu. „Wenn die mir nachher so etwas erzählen, thut es mir leid, dass ich es gemacht habe."

In der Klinik klagte D. viel über Kopfschmerzen, einige Male auch über Schwindel, war an manchen Tagen auffallend verstimmt und immer sehr reizbar. Nach 2 Flaschen Bier wurde er sehr erregt. Krampfanfälle oder Ohnmachten wurden nicht beobachtet. Schwachsinn bestand nicht. Die körperliche Untersuchung ergab keine Besonderheiten.

Im Gutachten wurde auf Grund der Zeugenaussagen das Vorliegen epileptischer Dämmerzustände als wahrscheinlich hingestellt. Es erfolgte Freisprechung.

Ein Jahr später wurden thatsächlich schwere Krampfanfälle mit Zungenbiss constatirt.

Dieser Fall giebt zu verschiedenen Bemerkungen Anlass. Den Entweichungen des D. war stets Alkoholgenuss voraufgegangen. D. war gegen Alkohol intolerant. Ein Motiv für sein Fortlaufen liess sich nicht finden. Immer kehrte er freiwillig zurück. An seine Erlebnisse im Wanderzustande behielt er nur sehr summarische Erinnerung. Die Angabe der Augenzeugen über seine dabei aufgetretene plötzliche Erregung mit Neigung zur Gewaltthätigkeit und Selbstbeschädigung liess den Verdacht auf hallucinatorische oder illusionäre Vorgänge zu. Das Umhertreiben in Uniform ohne Geld, ohne Essen und Herberge machte einen fast triebartigen Eindruck. Aus allen diesen Gründen drängte sich dem Gutachter die Annahme eines Dämmerzustandes auf. Zwar ward die Diagnose Epilepsie erst nachträglich einwandfrei gesichert, als typische Krampfanfälle zur Entwicklung gelangten. Indessen muss man zwischen den strengen Anforderungen der theoretischen Wissenschaft und den Bedürfnissen der forensischen Praxis einen Unterschied machen. Als wahrscheinlich durfte das Vorhandensein von Epilepsie wohl angesprochen werden wegen der Gesammtheit der übrigen Symptome, wegen der zeitweisen Verstimmungen, der Reizbarkeit, Alkoholintoleranz, den Klagen über Kopfschmerz und Schwindel und vor Allem wegen des vom Dienstherrn vor Jahren beobachteten Ohnmachtsanfalls.

Hingegen ward auch in diesem Falle den angeblichen Erinnerungslücken allein keine ausschlaggebende Bedeutung beigemessen, da es sich ja bei einer Amnesie stets um subjective Angaben handelt, die weder bewiesen, noch widerlegt werden können. Wie vorsichtig man gerade

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

derartigen Behauptungen gegenüber bei Kriminellen zu sein hat, dafür finden sich genügend Beispiele in der Litteratur. So hat Siemerling[1]) über einen 29jährigen Bäcker berichtet, der vor Jahren an Anfällen gelitten hatte und früher wegen einer Reihe von Diebstählen freigesprochen worden war, weil das Gutachten einen epileptischen Dämmerzustand und hochgradige Gedächtnisslücken angenommen hatte. Bei erneuter Beobachtung im Jahre 1904 war die frühere, angebliche Gedächtnisslücke für einen Zeitraum von $^1/_2$ Jahr vollkommen geschwunden. Der Betreffende wusste ganz genau von den Erlebnissen dieser Zeit und seinen Strafthaten und gab als Erklärung für den bisherigen Erinnerungsdefekt an, er sei so viel gefragt worden, dass er es für das beste gehalten habe, nichts mehr zu wissen. Ebenso erwähnt Mönkemöller[2]) einen Epileptiker, dessen Amnesie nach erfolgter Freisprechung verschwand. Sehr lehrreich erscheint mir in diesem Zusammenhange folgende Beobachtung der hiesigen Klinik.

Fall V.

v. P., 16 Jahre alt, Schüler, wurde am 13. August 1902 in die Klinik aufgenommen.

Erblich belastet, etwas beschränkt, zerstreut, lügenhaft nach Mittheilung von Lehrer und Angehörigen. Ohne Ueberlegung und Rücksicht, zum Jähzorn geneigt. In verschiedenen Schulen ohne Erfolg. Früher viel mit dem Vater gereist. Seit 1901 wiederholt ohne Erlaubniss von Hause weggefahren; nachher behauptet, von nichts zu wissen. Zur Zeit in Kiel in Pension, um Examen zu machen.

Am 6. August 1902 erzählte er seinem Lehrer, die Mutter sei krank, liess sich 70 M. geben, um nach Haus zu reisen. Fuhr zum Bahnhof. Am 12. August telegraphirte er aus einem Kieler Hôtel an den Vater um Geld. Dieser wandte sich um Erklärung an den Lehrer, der nun erst erfuhr, dass sein Schüler nicht nach Haus gekommen, und dass dessen Mutter gesund war. Patient wurde im Hôtel erwischt und zur Klinik gebracht. Er wollte von den Vorgängen, seit er zum Bahnhof fuhr, überhaupt nichts wissen, er sei erst in Helgoland wieder zu sich gekommen. Die Eltern waren fest überzeugt, dass er krank sei. Er habe schon früher Reisen im bewusstlosen Zustande gemacht.

Die körperliche Untersuchung ergab nichts von der Norm Abweichendes. Patient war ruhig und geordnet; erzählte, er habe schon mehrere Tage vor seiner Entfernung Herzklopfen und Kopfschmerzen gehabt. Plötzlich sei in ihm der Drang zur Reise aufgestiegen, gleichgültig wohin; nur fort! Obgleich er sich gesagt, es sei Unsinn, habe er den Drang nicht unterdrücken können. Um

1) Siemerling, „Simulation und Geisteskrankheit bei Untersuchungsgefangenen.“ Berliner klin. Wochenschr. 1905. S. 1489.

2) loc. cit.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich Geld zu verschaffen, habe er in der Erregung gesagt, seine Mutter sei krank. Diese Unwahrheit sei ihm garnicht als solche zum Bewusstsein gekommen. Er wisse noch, dass er Abends zur Bahn fuhr, aber nicht mehr, wie und wohin er sein Billet löste. Er wisse dann nur, dass er in Hamburg war und am Hafen fragte, wohin ein Schiff gehe, dass eben abfahren wollte. Man sagte ihm, nach Helgoland. Er habe das Schiff bestiegen, wisse jedoch nichts mehr von der Fahrt. Erst in Helgoland, Nachmittags 3 Uhr, sei er erwacht. Er sei dann noch auf $1^1/_2$ Tage nach Norderney gefahren, da er doch einmal unterwegs war, und er sich schämte. Als sein Geld zu Ende ging, kehrte er zurück. Diese ganze Zeit sei ihm wieder klar.

Nach Angabe des Vaters sollte Patient derartige Reisen immer im Anschluss an gemüthliche Depression und nervöse Beschwerden in bewusstlosem Zustande angetreten haben. Er sei vorher kopfhängerisch und mürrisch. Von den Reisen selbst habe er wohl nie etwas gehabt. Er fahre rastlos Tag und Nacht bis zum Erwachen und kehre dann zurück. Einmal sei er so von Oppeln nach Neisse gefahren; ein anderes Mal von dort nach Stettin und Swinemünde. Er habe sich bei seinem Erwachen gewundert, wie er dorthin gekommen sei.

Auf Befragen entsann sich Patient, zweimal in früheren Jahren schwindlig geworden zu sein. Einmal habe er sich plötzlich auf der Strasse festhalten und setzen müssen, weil sich alles um ihn drehte. Das dauerte $^1/_4$ Stunde. Nachher war er ganz schlapp und musste zwei Stunden schlafen. Ein anderes Mal bekam er auf einem Spaziergange ein dumpfes Gefühl im Kopfe und konnte nicht weiter. Noch den nächsten Tag habe er Kopfschmerzen gehabt. Vor seinen Reisen habe ihn eine ängstliche Unruhe erfüllt, die ihn unfähig machte, seine Gedanken zu sammeln. Ein Motiv zur Reise habe er nie gehabt. Vom Beginn der Reise wisse er überhaupt nichts.

In diesem Falle musste man zunächst nach den Angaben des Patienten und seiner Angehörigen an die Möglichkeit einer Reise im Dämmerzustande denken. Die behaupteten zeitweisen Verstimmungen, die Reizbarkeit, die angeblichen Schwindelanfälle schienen eventuell für Epilepsie zu sprechen, wenn auch Krampfanfälle und Ohnmachten vermisst wurden. Da kam durch Recherchen des Lehrers heraus, dass v. P. seine Reise nach Helgoland und Norderney planmässig vorbereitet hatte. Mit einem Freunde in Hamburg hatte er sich von langer Hand verabredet. Dieser erwartete ihn in Hamburg am Bahnhofe und fuhr mit ihm nach Helgoland. Auf Vorhalt gab nunmehr Patient die geheuchelte Amnesie auf und zeigte volle Erinnerung. Wieweit auch die früheren Reisen überlegt gewesen waren, hat sich nicht mehr feststellen lassen, thut auch nichts zur Sache.

Die Bedeutung dieses Falles besteht darin, dass er uns wieder zu Gemüthe führt, wie leicht ein ärztlicher Sachverständiger, der auf subjective Angaben des zu Begutachtenden baut, unter Umständen getäuscht zu werden vermag. Namentlich in foro kann man in dieser Beziehung

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht vorsichtig genug sein. Die blosse Thatsache, dass solche Angaben sich widerspruchslos zu einem bekannten Krankheitsbilde zusammenfügen, beweist allein noch nicht ihre Wahrheit.

Uebrigens sei bemerkt, dass selbst echte Amnesie nicht nothwendiger Weise für eine überstandene Bewusstseinstrübung spricht, vielmehr kann es sich auch lediglich um eine retrograde Amnesie handeln. Ebenso genügt der Nachweis sicherer epileptischer Antecedentien an sich nicht für den Schluss, dass nun auf dieser Basis ein Dämmerzustand sich entwickelt habe. In jedem solchen Falle suche man erst in Erfahrung zu bringen, ob das Gebahren des Betreffenden ein derartiges war, dass es dem nicht widerspricht, was wir in epileptischen Dämmerzuständen zu sehen gewohnt sind.

Umso gewagter erscheint es daher, wenn Mörchen[1]) bei einem criminellen Individuum, dem einwandsfreie Symptome von Epilepsie fehlten, nur auf Grund der behaupteten Amnesie einen Dämmerzustand von dreimonatlicher Dauer (!) construiren will. Jener angebliche Kranke hatte abgesehen von den ihm zur Last gelegten „zum Theil ganz complicirten und eine geschickte Ueberlegung erfordernden Betrügereien" während seines Umhertreibens sich durchaus unauffällig betragen. Die Annahme Mörchen's, dass er sich trotzdem damals die ganze Zeit in einem epileptischen „Dämmerzustande" befunden habe, der sich lediglich in „Mangel an Hemmungen und Antrieben seitens der sittlichen Persönlichkeit" geäussert hätte, widerspricht dem Bilde weitgehender Störung der Ideenassociation, dem wir sonst bei epileptischen Dämmerzuständen zu begegnen gewohnt sind. Mag auch die Zukunft unsere gewiss noch recht lückenhafte Kenntniss jener interessanten Zustände erheblich erweitern und ergänzen, jedenfalls ist davor zu warnen, eine Aenderung unserer Anschauungen auf Grund der uncontrollirbaren Aussagen eines Criminellen anzustreben.

Schon Heilbronner hat darauf hingewiesen, dass sich in der Anamnese der Patienten mit Wanderzuständen vielfach die Notiz findet, sie seien als Kinder oft von Hause fortgelaufen. Der gleichen Bemerkung sind wir in der Vorgeschichte von Fall III und IV begegnet. Es ist das schwerlich ein Zufall. Andererseits wäre es jedoch übereilt, zu schliessen, dass damals auch schon immer Dämmerzustände vorgelegen haben müssten. Der Zusammenhang könnte auch ein anderer sein. Der Hang zum Fortlaufen und Umhertreiben ist überhaupt bei

1) Mörchen, „Epileptische Bewusstseinsveränderungen von ungewöhnlicher Dauer und forensische Folgen." Monatsschr. f. Psych. und Neur. 17. S. 15.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jugendlichen ziemlich häufig anzutreffen, zumal bei Nervösen und vor Allem auf dem Boden eines angeborenen Schwachsinns. Um Epilepsie braucht es sich da durchaus nicht zu handeln.

Die Ursachen des Fortlaufens sind im Einzelnen sehr verschieden. Bei Nervösen spielen allerdings dysphorische Zustände die Hauptrolle: Aerger, Zorn, Furcht vor Unannehmlichkeiten zu Hause oder in der Schule, traurige Verhältnisse. Daneben kommen, besonders bei Schwachsinnigen, in Betracht: Verführung durch Kameraden, Leichtsinn und Abenteuerlust, eine Art Leidenschaft für Wandern und Reisen überhaupt, die jede Rücksicht ausser Acht lässt. Verkehrte oder mangelhafte Erziehung mögen nicht selten einen wesentlichen Theil der Schuld tragen.

Gerade für derartige Beobachtungen bot die Knabenabtheilung der Frankfurter Irrenanstalt ein sehr reiches und vielseitiges Material. Nachstehend seien einige einschlägige Fälle kurz erwähnt:

1. Zwei jugendliche Imbecille entwichen während der Spielzeit zusammen aus dem Anstaltspark, um den Hunsrück zu suchen, von dem ihnen kürzlich der Lehrer in der Geographiestunde erzählt hatte. Offenbar hatte es ihnen der sonderbare Name angethan. Sie gelangten thatsächlich bis Mainz, stellten sich aber dort, von Hunger getrieben, der Polizei. Ihre Erinnerung war für die ganze Wanderung eine gute. Später entwich der eine von ihnen allein aus der Anstalt, nachdem er beim Nestausnehmen erwischt worden war, aus übertriebener Angst vor den Folgen seines Thuns. Dieser selbe Knabe hatte sich ein Mal im November Tag und Nacht in den Anlagen versteckt gehalten, bis ihn Hunger und Kälte heraustrieben. Als Grund gab er nur an, es habe ihm nicht mehr gefallen. Amnesie bestand nicht. Seine Aufnahme in die Anstalt war erfolgt, weil er immer wieder von zu Hause fortlief und meilenweit wanderte. Für Epilepsie fand sich niemals ein Anhaltspunkt. Dagegen erwies sich seine Fähigkeit, Begriffe zu bilden, sehr mangelhaft; seine Kenntnisse waren sehr dürftig. Er neigte zu unüberlegten und abenteuerlichen Unternehmungen. Körperlich war er für seine 12 Jahre dürftig entwickelt, hatte einen steilen Gaumen und ein unsymmetrisches Gesicht. Die Schwester der Mutter war geisteskrank.

2. Ein 17jähriger Fabrikantensohn aus belasteter Familie, geistig zurückgeblieben, körperlich gut entwickelt, hatte seit dem 10. Jahre eine unbezwingliche Neigung zum Umhertreiben. Erst schwänzte er die Schule und fälschte Entschuldigungszettel. Dann machte er Ausflüge auf gestohlenem Fahrrad. Aus einem Institut entwich er wiederholt. Einmal übernachtete er in der Hundehütte. Vor der letzten Flucht von Hause hatte er erst das Telephon abgeschraubt und sich durch Unterschlagung Geld verschafft. Meist hatte er sich vor seinen Wanderungen etwas zu Schulden kommen lassen, so dass sein Entweichen motivirt erschien. Allein manchmal fehlte jeder ersichtliche Grund. In der Anstalt äusserte er wiederholt den lebhaften Wunsch, fort und in die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain

Welt hinauszulaufen. Man hätte beinahe mit Schultze[1]) von einem „periodisch auftretenden Reisefieber“ sprechen können. Er war dann gereizt und unfolgsam, klagte auch einmal Kopfschmerzen. Für Epilepsie bestand auch hier kein sicherer Anhaltspunkt.

3. Ein 16jähriger Imbeciller aus guter Familie hatte die Specialität, ganz planlos weite Eisenbahnfahrten anzutreten. Das Geld zur Abreise verschaffte er sich durch Versetzen von Kleidungsstücken. So fuhr er nach Berlin, Leipzig, Hannover, Würzburg. Ging sein Geld aus, liess er sich von der Polizei zurückbefördern. Ihm machte das Eisenbahnfahren an sich Spass. Da das Geschäft des Vaters in einem Vorort sich befand, hatte Patient immer zur Schule mit der Bahn fahren müssen und für die Eisenbahn ein einseitiges Interesse erlangt. — Es ist beachtenswerth, dass ebenso der Kranke in unserem Falle V mit dem Vater als Kind viel gereist war. Nach Ansicht der Eltern kannte er alle Fahrpläne auswendig. — Von einer Bewusstseinstrübung liess sich nie etwas nachweisen. Auch aus verschiedenen Anstalten, in die man ihn brachte, entwich er, um seinem kostspieligen Hang zu fröhnen. Aus allen Stellungen lief er gleich weg. Durch monatelange strengste Bettruhe gelang es schliesslich Herrn Director Sioli, diese habituell gewordene Neigung zu beseitigen. Patient hat sich jetzt seit Jahren in seiner Stellung gut gehalten. Für Epilepsie kein Anhalt.

Diese Beispiele liessen sich noch beliebig vermehren. Sie alle haben das Gemeinsame, zu zeigen, aus wie verschiedenen äusseren Anlässen sich gewohnheitsmässiges Fortlaufen bei Jugendlichen entwickeln kann. Initiale Verstimmungen können fehlen. Nicht immer ist der Schwachsinn so ausgesprochen, wie in den obigen Fällen. Mitunter findet sich besonders stärkere Nervosität. Hat sich der Hang erst einmal ungehindert ausgebildet, und ist er sozusagen habituell geworden, dann tritt er freilich bald bei jeder stärkeren Erregung hervor und bestimmt das Handeln. Eine epileptische Grundlage ist da keineswegs nothwendig. In Folge dessen liegt es aber nahe, anzunehmen, dass die oft ganz ähnlichen Neigungen epileptischer Kinder sich unter Umständen in gleicher Weise entwickelt haben, ohne dass es sich um eigentliche Aequivalente zu handeln braucht.

So wurde ein 12jähriger Knabe der Frankfurter Anstalt zugeführt, der mit Schulschwänzen begonnen hatte und allmälig bei mangelhafter häuslicher Aufsicht dazu übergegangen war, den ganzen Tag bettelnd umherzuziehen, Diebstähle zu verüben, Schulmädchen zu belästigen. Schliesslich lief er ganze Nächte fort und verleitete auch andere Knaben zum Fortlaufen. Er sollte in Fürsorgeerziehung; doch erklärte ihn sein Lehrer für zu schwachsinnig, und

---

1) E. Schultze: „Ueber epileptische Aequivalente.“ Münch. med. Wochenschr. 1900. S. 416.

Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

er kam zur Beobachtung in die Anstalt. Hier wurden mehrere epileptische Krampfanfälle bei ihm gesehen, doch niemals transitorische Bewusstseinstrübungen. Er lernte schwer, zeigte geringe Auffassungsfähigkeit und schlechtes Gedächtniss. Er war reizbar und eigensinnig.

In diesem Falle genügte schon der starke Schwachsinn, an sich, die Entstehung des Hangs zum Vagabondiren zu erklären. Auch Albrecht[1]) berichtet von unzureichend motivirtem Fortlaufen schwachsinniger Epileptiker ohne eigentliche Bewusstseinsstörung. Ob man berechtigt ist, hier überall eine initiale Verstimmung anzunehmen, erscheint mir fraglich. Wird aber zugegeben, dass habituelle Neigung zum Fortlaufen sich bei epileptischen Kindern gelegentlich in ebenso mannigfacher Weise entwickelt wie bei Imbecillen, dann lässt sich weiter schliessen, dass eine solche Gewohnheit später recht wohl einmal im epileptischen Affectausbruch oder im Dämmerzustand die Richtung vorzuzeichnen vermag, in der sich die krankhafte Erregung entlädt. Sehen wir doch auch sonst in epileptischen Dämmerzuständen die Kranken ihnen geläufige Handlungen fast automatisch abwickeln. Es würde uns also die Feststellung, dass ein Epileptiker in seiner Jugend zum planlosen Fortlaufen geneigt hat, noch nicht beweisen, dass derselbe an Dämmerzuständen mit Wandertrieb leidet. Es würde aber diese Neigung da, wo später ein Dämmerzustand mit Wandern constatirt wird, erklären können, warum es in demselben gerade zum Auftreten des Wandertriebes kommt.

Das Resultat unserer Betrachtungen lässt sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Die epileptischen Wanderzustände stellen kein einheitliches Krankheitsbild dar. Es sind scharf zu trennen das Wandern im epileptischen Dämmerzustande und das Wandern ohne Bewusstseinstrübung im Verlaufe einer epileptischen Verstimmung. Endlich darf als dritte Gruppe der Hang zu impulsivem Fortlaufen bei epileptischem Schwachsinn abgegrenzt werden.

2. Beim Wandern im epileptischen Dämmerzustande finden sich Erscheinungen weitgehender Störung der Ideenassociation, wie sie im Allgemeinen bei Hysterischen nicht vorhanden sind. Ein weiterer Ausbau der Differentialdiagnose ist anzustreben.

3. In forensischen Fällen muss man stets versuchen, durch Vernehmung von Augenzeugen directe Anhaltspunkte für das Bestehen

1) Albrecht, „Klinische Betrachtungen bei Entweichungen Geisteskranker.“ Zeitschr. f. Psych. 63. S. 848.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain

eines epileptischen Dämmerzustandes zur Zeit der That zu erlangen. Der Nachweis epileptischer Antecedentien genügt an sich noch nicht. Die Amnesie ist kein einwandfreies Symptom. Dauernd geordnetes Verhalten ohne Verkehrtheiten in Wort und That, abgesehen von dem Delicte selbst, spricht zunächst gegen einen Dämmerzustand.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Geh. Medicinalrath Professor Dr. Siemerling, und meinem hochverehrten früheren Chef, Herrn Director Dr. Sioli, sage ich für die freundliche Ueberlassung der Krankengeschichten auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank.

Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

X.

Nekrolog. Paul Möbius.

Am 8. Januar 1907 ist Paul Möbius nach längerer Krankheit in Leipzig verstorben, kurz vor Vollendung seines 54. Lebensjahres. Einen einsamen Menschen hat man begraben. Wenigen persönlich bekannt, nur Einzelnen ein Freund, von Vielen mit Scheu betrachtet und angefeindet, ist er seinen eigenen Forschungsgang gegangen, fern ab von denen, die die grosse Heerstrasse wandern, und deren Fussspuren von den nachdrängenden Schaaren ausgelöscht werden. Was Möbius im Leben nicht vergönnt war, was zum Theil durch die Ungunst der Verhältnisse und wohl auch durch die Eigenart seiner Persönlichkeit erschwert und verhindert wurde, das ist im Tode ihm in wohlverdientem, reichem Maasse zu Theil geworden. Eine Fülle von Kränzen der Anerkennung und Verehrung sind ihm in liebevoller Weise geflochten und auf seinem Grabe niedergelegt.

Das Archiv darf nicht fehlen, wo es gilt, einen Mann zu ehren, der, nicht getragen von der Gunst der Zunftgenossen, aus eigenem Forschungsdrange Grosses geleistet hat.

Ist doch das Archiv mitgegründet von Griesinger, einem Meister, dem nichts mehr verhasst war, als zünftlerischer Hochmuth.

Ursprünglich Neurologe, hat Möbius schon bald die Gebiete seines Stammfaches aufgesucht, die der Erforschung kranken Seelenlebens benachbart waren, um endlich, dem engsten Gebiete psychiatrischer Forschung abhold, unsere andere Grenze zu erreichen, an der krankes und gesundes Geistesleben sich begegnen. Das ist sein Lieblingsgebiet geworden.

Von seinen neurologischen Arbeiten seien nur die über den Morbus Basedowii, die periodische Oculomotoriuslähmung, den infantilen Kernschwund, die Akinesia algera neben seinen Monographien über Migräne und Tabes genannt.

Zum Theil hat er uns darin ganz neue originelle Beobachtungen gebracht, mit denen sein Name dauernd verbunden ist. Alle sind durch klare, präcise Darstellung, die auch durch ihre Selbstständigkeit fesselt, ausgezeichnet, und haben ihn bald bekannt gemacht. Manche von Möbius' Aufsätzen verdanken ihre Entstehung seiner kritischen Veranlagung. So wohlberechtigt und voll guter Wirkung seine Kritik oft war, so ist sie doch auch stellenweise zu scharf gewesen und über das Ziel in einseitiger Weise hinausgegangen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein ganz besonderes Verdienst Möbius' liegt in seinen Hysterieforschungen. Ihm ist es in allererster Linie zu danken, wenn das Verständniss für den psychogenen Charakter der Hysterie in die Kreise der Aerzte immer weiter eindringt.

Ist er schon dadurch Wohlthäter so manches Nervösen geworden, so hat er sich vor Allem durch seinen warmen Aufruf zur Gründung von Nervenheilstätten den Dank Ungezählter seiner kranken Mitmenschen gesichert.

Seine zahlreichen Untersuchungen über die Entartung und psychopathische Veranlagung haben ihn auch zu der Durchforschung des Seelenlebens grosser Geister der letzten Jahrhunderte geführt, in deren Wesen sich ja oft kranke und gesunde Züge mischen. Er ist so zu dem Begründer der Pathographie geworden. Die Beurtheilung seiner Leistungen auf diesem Gebiete ist eine schwankende; besonders seine psychiatrischen Auslegungen haben manchen Angriff erfahren. Seine glänzende Stilistik, seine geistreiche Denkweise müssen aber seine Gegner nicht weniger, wie seine Freunde bewundern und vor Allem anerkennen, dass ihm diese Forschungen nicht Selbstzweck waren, sondern ihn weiter führen sollten zur Erkenntniss des menschlichen Seelenlebens überhaupt.

Er war ein umfassender, weitblickender und weitforschender Geist, wie sie unsere immer mehr specialisirte Wissenschaft nicht viele erstehen lässt. Selbst wenn nur ein kleiner Theil von Möbius' Forschungen auf dem Gebiete des Seelenlebens Bestand haben sollte, so hat er doch das, was er am Schlusse einer kleinen Schrift als sein Ziel hinstellt: Zum Denken anzuregen, in seltener Weise erreicht. Und das schon sichert ihm einen Platz unter den bedeutendsten Forschern unserer Zeit. E. Meyer.

Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XI.

Bemerkung zu Podestà's Aufsatz: Häufigkeit des Selbstmordes in der Marine, in dieser Zeitschrift 42. 1. Heft S. 32 ff.

Von

Dr. **Anton** - München.

In Podestà's sorgfältiger Zusammenstellung der Selbstmorde in der Marine in Vergleich mit denen in der Landarmee fällt der Unterschied in den Motiven sehr auf. Beim Landheer geschehen 25 pCt. der Selbstmorde aus „unbekannten Gründen"; bei der Marine jedoch 40 pCt. Dazu betont Podestà ganz richtig, dass sich beim Zusammenleben auf dem Schiffe die Menschen doch viel besser und näher kennen lernen, als bei der Landarmee. Um so auffallender erscheint der grosse Procentsatz. Ferner begehen in der Marine überwiegend ältere Unterofficiere und Deckofficiere Selbstmord. Wir möchten die Vermuthung aussprechen, dass sich eine grosse Anzahl dieser Unglücklichen aus homosexuellen Motiven das Leben nimmt. In die officiellen Acten pflegt dann in schonender Rücksicht, wenn ja auch Vermuthungen bestehen werden, als Motiv „unbekannt" eingesetzt zu werden. So würde sich diese auffallende Thatsache gut erklären, und es kann uns nur eigentlich Wunder nehmen, dass der verehrte Herr Verfasser dieses Artikels dieses so naheliegende und durchsichtige Motiv nicht erwähnte, sondern nur allgemein von Psychosen spricht, die bei längerer Marinethätigkeit aufzutreten scheinen.

Uebrigens können auch derartige Fälle unter dem Motiv „Furcht vor Strafe" verzeichnet sein? doch glaube ich es nicht.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XII.

Entgegnung auf vorstehende Bemerkung.

Von

Dr. **Podestà**.

. . . Dass manche Fälle von Selbstmord bei der Marine durch homosexuelle Motive erklärt werden können, ist nicht zu bestreiten; ob aber dadurch der Unterschied in dem verschieden hohen Procentsatz der Selbstmorde „aus unbekannter Ursache“ bei Armee und Marine seine Erklärung finden kann, erscheint mehr als zweifelhaft. Es können selbstverständlich über die Betheiligung des Motivs der Homosexualität nur Vermuthungen ausgesprochen werden, da in den Acten dieser Beweggrund nirgends angegeben ist. Es muss aber berücksichtigt werden, dass gerade das enge Zusammenleben an Bord, wo der Unterofficier nur in den seltensten Fällen einen von der Mannschaft getrennten Schlafplatz inne hat, eine bedeutend grössere gegenseitige Controlle und Ueberwachung zur Folge hat, als sie beim Landsoldaten in der Kaserne möglich ist, wo dem Unterofficier ein eigener Schlafraum zur Verfügung steht. Es erscheint daher die Gelegenheit zur Befriedigung homosexueller Triebe an Bord der Schiffe viel weniger leicht geboten als an Land. Stellen wir uns schliesslich noch auf den Standpunkt, dass es sich bei der Homosexualität um das Bestehen einer Anlage handelt, die unabhängig von der grösseren oder geringeren Gelegenheit zu bisexueller Bethätigung auf dem Boden einer pathologischen oder perversen Veranlagung entsteht, so sehen wir uns noch weniger geneigt, den erwähnten Unterschied auf die in dem Einwurf befürworteten Gründe zurückzuführen.

Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XIII.

Referate.

B. Kern, Das Wesen des menschlichen Seelen- und Geisteslebens, als Grundriss einer Philosophie des Denkens. Zweite völlig neubearbeitete Aufl. Berlin 1907. Verlag von August Hirschwald.

Die Schrift Kern's, welche hier vor Kurzem besprochen ist (41. Band) liegt in erweiterter Fassung eines Bandes von 434 Seiten vor „als Grundriss einer Philosophie des Denkens." Das Denken ist unabhängig vom Naturgeschehen. „Das Denken muss ein blosser Vorgang bleiben ohne Träger, ohne jenseits liegendes Sein. Alles scheinbare Sein löst sich in der Erkenntniss in ein Werden und Geschehen auf, in welches alles unveränderliche Sein lediglich von uns hineingedacht wird. Somit ist auch jeglicher Gedankeninhalt kein Sein, sondern ein Vorgang. Die Welt löst sich in Denken und Gedachtwerden, in einen grossen Denkvorgang auf. Die Beschreibung dieses Denkvorgangs bedeutet seine Erkenntniss."

„Die Herleitung alles Seins und Geschehens aus Gesetz und Begriff, das verknüpft in dieser modernsten Wendung aufs Engste die Philosophie mit der Naturwissenschaft."

Das menschliche Seelen- und Geistesleben, das menschliche Wesen überhaupt ist Denken und weiter nichts als Denken und die Einheit des Denkens bleibt der Quell, aus welchem Leben, Erkenntniss und Ethik gleichmässig entspringen mit allem ihrem Inhalt.

Erst die Idee der Welt als einer Einheit, von der wir selbst nur Theile, unlösbare und mitwirkende Theile sind, erst diese Idee, welche aus der logischen Einheit des Denkens entspringt und diese Einheit des Weltprocesses uns erkennen lässt, führt uns zur Erkenntniss des Warum aller Kultur. „Die thatkräftige Hingabe an die Weltidee wird damit zum obersten und allgemeinsten, alle übrigen sittlichen Werthe in sich schliessenden Gesetze der Ethik."

Aus der überaus reichen Fülle des Stoffes seien nur diese Sätze als Leitmotive angeführt. Die Lectüre wird dem Leser zeigen, in welcher tiefgründigen Weise der Autor naturwissenschaftliche und philosophische Forschungsergebnisse zu vereinen sucht und wie er in der auf Erkenntnisskritik beruhenden Philosophie die vornehmste Aufgabe des menschlichen Erkenntnissstrebens erblickt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In einer Zeit, wo Medicin und Naturwissenschaft durch eine Fülle von Einzelerkenntnissen bereichert sind, ist es beachtenswerth, dass von einem an hervorragender Stelle stehenden Arzt ein solches in der Philosophie wurzelndes zusammenfassendes Werk erscheint. S.

Theodor Kaes, Die Grosshirnrinde des Menschen in ihren Maassen und in ihrem Fasergehalt. — Ein gehirnanatomischer Atlas mit erläuterndem Text und schematischer Zeichnung, 16 Tabellen, 15 Kurven und 79 farbigen Tafeln. Erster und zweiter Theil. Jena. Gustav Fischer 1907.

Kaes, dem wir schon Veröffentlichungen über Messungsresultate und Markfasergehalt der Grosshirnrinde verdanken, bringt in diesem Werk, dessen Veröffentlichung ihm durch die Munificenz der Königlichen Gesellschaft der Wissenschaften zu Göttingen ermöglicht ist, die Resultate seiner Untersuchungen über Messung der Hirnrinde und den Markfasergehalt.

Es dienten dazu 41 Gehirne im Alter von 3 Monaten bis 97 Jahre. Es befinden sich darunter Hirne von Idioten, von Criminellen. Es seien nur einige der Ergebnisse hier kurz angeführt, welche der Autor in Form von Tabellen und Kurven zusammengetragen hat. Die entwickeltere und faserreichere Rinde ist auch die schmälere. Die innere Hauptschicht (vom äusseren Baillarger'schen Streifen gerechnet zum Mark) wächst in der Regel fort bis zu bestimmter Höhe, stagnirt dann, während die äussere Hauptschicht (äusserer Theil der Rinde) mit fortschreitendem Wachsthum immer schmäler wird.

Die Breite der Rinde ist im Windungsthal am geringsten, dann folgen die seitliche Breite und die Breite auf der Windungskuppe. Es soll dieses mit der Myelinisation in Zusammenhang stehen, die von den Fibrae propriae im Windungsthal ihren Ausgang nimmt. Zunächst tritt von Geburt an eine Verschmälerung der Rinde ein, die im Windungsthal zuerst, auf der Windungskuppe im 23. Jahre Halt macht, dann tritt eine Zunahme der Verbreiterung ein, stärker bei der äusseren Hauptschicht, die mit dem 45. Jahre ihren Höhepunkt erreicht. Der Rückgang setzt am entschiedensten ein im Windungsthal, dann seitlich und auf der Kuppe.

Auf 78 Tafeln bringt der Autor eine Darstellung des Markfasergehaltes der Rinde und der in sie einstrahlenden Projectionsbündel. Die Schnitte sind aus 12 Regionen der Hirnrinde genommen: vordere und hintere Stirn-, vordere und hintere Centralwindung, Operculum, Insel, vordere und hintere Schläfe, oberer und unterer Scheitel, Sehrinde, Gyrus fornicatus. Eine genauere Angabe, welcher besonderen Stelle das untersuchte Stück entnommen war, wäre sehr erwünscht gewesen, da bekanntlich der Markfasergehalt in der Rinde unter normalen Verhältnissen in den einzelnen Windungsabschnitten ein sehr wechselnder ist.

Es ist bekannt, dass dem Markfasergehalt der Rinde für das Zustandekommen psychischer Processe eine grosse Rolle zugeschrieben wird, ich erinnere nur an den Faserschwund bei der progressiven Paralyse, im Senium u. s. w.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch die Markreifung der Fasern wird mit ihrer Function und der Leistung psychischer Arbeit in Zusammenhang gebracht.

In wie weit diese Auffassung zutreffend ist, kann hier unerörtert bleiben. Die Berechtigung zu derartigen Ueberlegungen drängt sich bei solchen Untersuchungen auf.

Bis jetzt sind wir noch weit davon entfernt, die äusseren Formverhältnisse des Gehirns (Gewicht, Gestalt usw.), sowie den Aufbau seiner Elementartheile mit der Grösse der Intelligenz und überhaupt der psychischen Leistungsfähigkeit in ein einfaches Wechselverhältniss bringen zu können. Die Gehirnfiguration im Aeussern und Innern bedarf erst noch weiterer Klärung.

Es ist jedenfalls erfreulich, wenn in diesem Umfange und mit dieser Sorgfalt, wie es hier geschehen ist, Untersuchungen über einen Elementartheil der Hirnrinde, über die Markfasern angestellt sind. Dann werden wir auch verstehen, wie Verfasser zur Deutung seiner Befunde gelangt. In den ersten Monaten der psychischen Entwickelung des Kindes herrscht der Ausbau der inneren Schicht vor, der Haupttheil der äusseren Schicht ist um diese Zeit noch faserlos. Psychische Regungen und Reactionen sollen in dieser frühen Zeit durch die Meynert'schen Bogenfasern und durch die aus jenen hervorgehenden Associationsfasern der inneren Hauptschicht vermittelt werden.

Vom 8. Monat an tritt der äussere Baillarger, resp. Gennari'sche Streifen hinzu und dann die äussere Hauptschicht in langsamem Tempo. Ohne diese letztere keine höhere, geistige Entwicklung des Menschen. Die innere Hauptschicht erreicht ihren Maassen nach, in gewissem Sinne ihrem Fasergehalt nach, im 19. Jahre ihren Höhepunkt, die äussere Hauptschicht schreitet besonders ihrem Fasergehalt nach, noch bis zum 45. Jahre und darüber hinaus in der Entwicklung vor.

Die Einzelheiten müssen im Original eingesehen werden.

Die Verlagsbuchhandlung hat für eine vorzügliche Ausstattung und Wiedergabe der Tafeln Sorge getragen. S.

R. Werner, Die Versorgung der geisteskranken Verbrecher in Dalldorf. Auf Grund eigener Thätigkeit dargestellt und erörtert. Verlag von Kornfeld, Berlin W. 35. 216 S.

Seit Errichtung der ärztlichen Beobachtungsabtheilung für geisteskranke Verbrecher an der Strafanstalt Moabit im Jahre 1888 war der Stadt Berlin die Fürsorge für die dort als dauernd geisteskrank erklärten Verbrecher zugefallen. Infolgedessen kam es zu einer Anhäufung der antisocialen Elemente in der Anstalt Dalldorf, welche dazu zwang, ein besonderes Haus dauernd für ihre Unterbringung zu bestimmen. Bald machte sich aber der Mangel geeigneter Räume zur Abtrennung gewaltthätiger und verhetzender Elemente fühlbar. Es kam 1899 zu einer gefährlichen Revolte. Nunmehr entschloss man sich zu einer sachgemässen Erweiterung des festen Hauses und zu einer Vermehrung des Pflegepersonals. Zur Zeit existiren drei durch gut gesicherte Thüren von einander geschiedene Abtheilungen mit einem Krankenbestande von 70 Patienten

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei einem Personale von 19 Pflegern uud 2 Oberpflegern. Dieses Personal ist besonders ausgesucht und geschult, um Durchstechereien zu vermeiden und eine zweckentsprechende Behandlung zu gewährleisten. Es bezieht eine besondere Gehaltszulage.

Wichtig für die ärztliche Leitung ist Kenntniss der unter Strafanstaltsinsassen sehr verbreiteten Neigung zur Päderastie, zum Spielen, zum Entwenden von Arbeitsmaterial, zum Anschwärzen der Pfleger. Geld, Werkzeuge und Waffen werden in raffinirter Weise von Aussen eingeschmuggelt. Sehr beliebt ist die Vorspiegelung körperlicher Krankheit, um eine Verlegung zu erzwingen. Im Mittelpunkt aller Bestrebungen steht das Trachten nach einer Entweichung aus der Anstalt. Nothwendig ist strenge Durchführung der Haus- und Kostordnung. Für Arbeit in den Werkstätten werden Extrabeilagen bewilligt. 22 Insassen konnten später als gebessert dem Strafvollzuge zurückgegeben werden.

Zum Schluss hat Verfasser in einer Anlage drei ausführliche Entmündigungsgutachten über derartige Patienten mitgetheilt. Raecke.

Schäfer, Der moralische Schwachsinn. Allgemeinverständlich dargestellt für Juristen, Aerzte, Militärärzte und Lehrer. Halle a. S. C. Marhold. 1906. 184 Seiten.

Schäfer bemüht sich in vorliegendem Werk nachzuweisen, worin das Wesen des moralischen Schwachsinns besteht und wie er sich nach Aussen hin präsentirt. Symptome aus der Kinderzeit, aus der Schulzeit werden angeführt, die in Combination mit gewissen anderen Erscheinungen verdächtig sind. Die Erscheinungen im späteren Leben, in der Lehrzeit, während der Militärzeit finden Berücksichtigung. Die höhere Begriffsbildung geht dem moralisch Schwachsinnigen ab, in Folge dessen kann er das Wesen der moralischen Forderungen nicht begreifen. Bei der Eruirung des Schwachsinns ist festzustellen, ob ein „unfertiger" Mensch vor uns steht, ob dieser belastet ist, und welche Schädlichkeiten auf ihn eingewirkt haben. Gedächtniss und Urtheilskraft sind ganz besonders zu prüfen. Im Nachweis der Urtheilsschwäche ist der eigentliche directe Beweis für den Schwachsinn zu erblicken. Verfasser führt hier einige prägnante Beispiele vor.

Weshalb Schäfer im Capitel „Der moralische Schwachsinn vor Gericht" so sehr mit den Aerzten, auch den sachverständigen Aerzten, ins Gericht geht, ist nicht recht ersichtlich. So einfach ist es denn doch nicht, forensisch den Nachweis der Urtheilsschwäche in einem solchen Grade zu erbringen, wie ihn das Gesetz verlangt. Wenn irgendwo bei der Begutachtung, so ist bei der Beurtheilung des Schwachsinns in foro die grösste Vorsicht zu empfehlen. Es dürfte sehr fraglich sein, ob Angriffe auf Aerzte, die andere Meinung haben über die Unterbringung von Schwachsinnigen, geeignet sind, unsere Kenntnisse über den Schwachsinn zu fördern.

Aus dem regen Eifer, bessernd wirken zu wollen, lassen sich wohl manche etwas befremdlich anmuthenden Anschauungen und Vorschläge im Abschnitt über die Ursachen des Schwachsinns und ihre Bekämpfung erklären. Dem

Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Wunsch nach einer möglichst frühzeitigen Erkenntniss des Schwachsinns und nach einer rationellen Behandlung wird man auf's Lebhafteste zustimmen.

S.

Hermann Eichhorst, Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. I. Theil. Urban und Schwarzenberg. Berlin. Wien. 1907.

Die vorliegende Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten bildet einen Theil des bekannten und verbreiteten Handbuchs der speciellen Pathologie und Therapie.

Fehlt es auch nicht an trefflichen Lehrbüchern der Nervenkrankheiten, so bietet doch jedes der grösseren Werke durch die Eigenart seines Verfassers so viel Besonderheiten, dass bei dem erheblichen Umfange, den sich die Nervenkrankheiten erobert haben, uns die Darstellung dieses Gebietes von einem so erfahrenen Kliniker, wie Eichhorst von Neuem wieder Belehrung und Anregung bringt.

Der Vorzug des Eichhorst'schen Buches liegt darin, dass es unter Berücksichtigung der vorliegenden Beobachtungen aus reichem Schatz eigener klinischer und pathologischer Untersuchungen treffliche Schilderungen der Krankheiten giebt. Zahlreiche instructive Abbildungen erleichtern die Lectüre. Die Therapie findet ausgedehnte Berücksichtigung. S.

H. Oppenheim, Psychotherapeutische Briefe. Berlin, 1906. S. Karger.

An lehrreichen Beispielen zeigt der bekannte Neurologe, wie dieser Zweig der Suggestivtherapie, die Einwirkung durch brieflichen Zuspruch, nutzbar zu machen ist. S.

Wilhelm Fürnrohr, Die Röntgenstrahlen im Dienste der Neurologie. Mit 28 Abbildungen. Berlin, 1906. Verlag von S. Karger.

Auf Anregung von Oppenheim, der das Werk auch mit einem Vorwort begleitet, hat Fürnrohr es unternommen zusammenzustellen, welche Erfolge die Radiologie in der Neurologie aufzuweisen hat und wie sie hier für die Diagnostik zu verwerthen ist. Mit grosser Sorgfalt sind die in der Literatur vorliegenden Beobachtungen berücksichtigt und zahlreiche Beobachtungen aus der Oppenheim'schen Klinik verwerthet.

So sind eine Reihe werthvoller Thatsachen zusammengetragen, welche der Neurologie von grossem Nutzen sind. Es seien hier nur hervorgehoben der genaue Nachweis von Fremdkörpern, Knochensplittern, Geschossen im Gehirn — Rückenmarkstheilen, den peripherischen Nerven, weiter der Nachweis der erweiterten Sella turcica für die Diagnose der Akromegalie, die Entwicklung des Knochengerüsts beim Myxödem, die Veränderungen bei der acuten Knochenatrophie, bei der Einwirkung von Schilddrüsenpräparaten.

Das Werk ist reich mit guten Abbildungen ausgestattet. S.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized

XIV.

Aus dem allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf
(Abtheilung Dr. Nonne).

Ueber fractionirte Eiweissausfällung in der Spinalflüssigkeit von Gesunden, Luetikern, functionell- und organisch-Nervenkranken und über ihre Verwerthung zur Differentialdiagnose der Dementia paralytica, Tabes dorsalis, tertiären und abgelaufenen Syphilis.

Von

Dr. **M. Nonne** und Dr. **F. Apelt**,
Oberarzt. Assistenzarzt.

I. Historisches.

Die Zahl derjenigen Arbeiten über cytologische und chemische Untersuchungen der Spinalflüssigkeit, welche mit dem Eiweissgehalt derselben sich eingehender beschäftigen, ist noch eine kleine. Schönborn bespricht in seinem 1906 erschienenen Sammelreferat die Abhandlungen von Marie und Viollet, Decoubaix, Donath und Nissl. Diese Forscher, ebenso Schönborn selbst, haben qualitative und quantitative Proben auf Eiweiss in der Spinalflüssigkeit von Kranken und Gesunden angestellt. Nissl arbeitete für die quantitative Bestimmung des Gesammt-Eiweissgehaltes eine besondere, von Schönborn kurz referirte Methode aus und kam auf Grund seiner Befunde zu der Ansicht, dass bei Paralyse und Tabes im Allgemeinen Zell- und Eiweissvermehrung mit einander parallel gingen.

Während Schönborn betreffs der Paralyse auf Grund eigener Untersuchungen zu demselben Resultate kam, konnte er Nissl's Beobachtungen für die Tabes nicht bestätigen. Schönborn fand bei Tabes in vielen Fällen starke Zellvermehrung und andererseits nur ausnahmsweise eine Vermehrung des Eiweissgehaltes der Spinalflüssigkeit.

Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Nissl führte auch qualitative Eiweissuntersuchungen aus. Zu diesem Zweck modificirte er die von Guillain angegebene Magnesiumsulfat-Kochprobe in der Weise, dass er statt dieses Salzes Ammoniumsulfat benutzte: von einer concentrirten Lösung desselben benutzte er einige Cubikcentimeter und fügte eine gleiche Menge von Liquor cerebrospinalis hinzu. Entstand hierbei eine Opalescenz oder Trübung, so bezeichnete er die Reaction als positiv für Globulin. Nach Filtration des Gemisches setzte er etwas Essigsäure zum Filtrat und kochte auf. Den dann eintretenden Niederschlag fasste er als Albumin auf.

„Unter 158 Prüfungen fand er bei Paralytikern 4 Mal Trübung, 2 Mal Opalescenz vom Charakter des Globulins. In der normalen Cerebrospinalflüssigkeit beobachtete er nur coagulirbares Eiweiss, das zu Salzen sich verhielt wie Albumin".

Auch Schönborn's Resultate waren ähnliche. Nur in Ausnahmefällen (mit Sicherheit nur 1 Mal an seinem Materiale) war die charakteristische Globulinreaction nachweisbar, während fast immer das Eiweiss als Albumin aufgefasst werden musste. Eine Vermehrung des Gesammt-Eiweisses bei Paralyse konnte Schönborn fast stets beobachten, nur 1 Mal unter 11 Fällen von Paralyse vermisste er sie.

Nach dem Erscheinen des Schönborn'schen Sammelreferates sind noch zwei grössere Aufsätze veröffentlicht worden, die sich eingehend mit dem Eiweissgehalt der Spinalflüssigkeit beschäftigen. Es sind dies die Arbeiten von Henkel aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel und von Cimbal aus der psychiatrischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Altona.

Von beiden Forschern ist die qualitative und von Cimbal auch die quantitative Untersuchungsmethode auf Eiweiss modificirt worden.

Während Nissl für die quantitative Eiweissbestimmung die Esbachmethode verwandt hatte, analysirte Cimbal den Gehalt an Eiweisskörpern nach der Methode von Kjeldahl.

Wir wollen zuerst auf Henkel's Arbeit eingehen und über die Resultate seiner qualitativen Eiweissuntersuchungen berichten: Henkel verwandte Guillain's Methode, d. h. er vermischte Spinalflüssigkeit und concentrirte Magnesiumsulfat-Lösung zu gleichen Theilen und kochte dann auf. Bei Anwesenheit von Serumalbumin trat hierbei Trübung ein.

Bei allen Fällen von Dementia paralytica (85) und Tabes (7), ferner bei 4 Fällen von congenitaler Lues, 4 Fällen von Meningitis (tuberculosa und epidemica), endlich bei allen Fällen von Apoplexia sanguinea mit blutiger Spinalflüssigkeit trat Trübung ein. Schwächer, aber doch positiv für Serumalbumin, fiel die Probe aus bei 9 von 11 Fällen von

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tumor cerebri oder cerebelli und schwache Opalescenz trat ein bei 3 Neurasthenikern mit ausgeheilter Lues, 1 Paranoiker und bei 2 von 8 Fällen von chronischem Alkoholismus.

Frei von Serumalbumin erwies sich die Spinalflüssigkeit bei 3 Fällen von Dementia senilis, 3 Fällen angeborenen Schwachsinns, 4 Fällen von circulärem Irresein, bei 3 Neurasthenikern und 8 Hysterikern.

Die quantitativen Eiweissbestimmungen Henkel's ergaben, dass der Gesammteiweissgehalt nach Nissl bei Paralyse schwankte zwischen $1^1/_2$ und 10 Theilstrichen, am häufigsten zwischen $3^1/_2$ und 4 (welchem Eiweissgehalt in pM. diese Mengen entsprechen, ist nicht angegeben).

Andererseits fand sich bei functionellen Neurosen mit überstandener Lues, bei Epilepsie, Tumor cerebri, Apoplexie ein Gesammteiweissgehalt von 3– 4 Theilstrichen. Stark vermehrt war er auch bei Meningitis, mochte sie tuberculösen, epidemischen oder anderen Ursprungs sein.

Man sieht, Henkel's quantitative und qualitative Resultate können für die Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica einerseits und und Neurasthenia cerebralis mit überstandener Lues andererseits, zwischen Paralyse und Epilepsie, Paralyse und Tumor cerebri nicht nutzbringend verwerthet werden. Aehnlich liegen die Verhältnisse, wenn es gilt, zu entscheiden, ob ein Patient mit ausgeheilter Syphilis zur Zeit an Neurasthenia cerebrospinalis oder Tabes incipiens leidet, eine Frage, die an den Neurologen so häufig herantritt und deren Beantwortung auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen kann. Und das sind ja gerade die differentialdiagnostisch wichtigen Punkte, in denen die sonst so werthvolle Cytologie im Stich lässt.

Ueberblickt man unter Berücksichtigung der eben aufgeworfenen Fragen des weiteren die Untersuchungen von Cimbal, so muss man diese ähnlich beurtheilen, so interessant im übrigen die über Salzgehalt des Liquor, über Blutdruck vor und nach der Punction, über Zellvermehrung und Gefrierpunktbestimmungen erhobenen Befunde in theoretischer Hinsicht zweifellos sind.

Cimbal's Resultate weichen von denjenigen der bisher besprochenen Autoren in mancher Hinsicht erheblich ab, was mit der Art der angewandten Methode zusammenhängt.

Cimbal benutzte weder Magnesium- noch Ammoniumsulfat, sondern Zinksulfat. Er vermischte die heiss hergestellte, gesättigte Lösung von Zinksulfat in der Kälte mit der gleichen Menge Liquor cerebrospinalis. Das Gemisch liess er 4 bis 24 Stunden stehen! Dann wurde filtrirt, das Filtrat angesäuert und aufgekocht. Die bei der ersten Phase erhaltenen Eiweissmengen bezeichnete er als „Fraction I", da er, um Widerspruch zu vermeiden, die Bezeichnung „Globulin" für

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die ausgefällten Eiweisskörper nicht anwenden wollte; die bei der zweiten Phase gewonnene Eiweissmenge nannte er „Fraction II". Bei beiden Phasen sammelte er die ausgefällte Substanz und bestimmte sie quantitativ nach dem Verfahren von Kjeldahl.

Es fand sich unter normalen Verhältnissen und bei der Gruppe der Psychosen (Hysterie, Dementia praecox, manisch-depressives Irresein) für die Fraction I ein Eiweissgehalt von 0,3 bis 0,7 pM., für die Fraction II höchstens eine leichte Trübung.

Bei 20 Paralytikern schwankte bei Fraction I der Eiweissgehalt zwischen 0,9 und 1,5 pM., für Fraction II zwischen 0,7 und 1,0 pM.

Aehnlich verhielt sich Fraction I bei Lues cerebri, während für Fraction II eine etwas geringere Vermehrung gegenüber der Norm sich fand.

Bei Vorhandensein von Blut im Punctat war der Eiweissgehalt stets stark vermehrt.

In allerletzter Zeit ist noch eine Arbeit von E. Meyer erschienen, welche neben der Cytodiagnose den Eiweissgehalt der Spinalflüssigkeit berücksichtigt. Es wurde die Magnesiumsulfat-Kochprobe nach Guillain-Henkel benutzt. Die Resultate stimmen im Wesentlichen mit denen Henkel's überein. Es sei hervorgehoben, dass u. a. 18 sichere Fälle und 8 zweifelhafte Fälle von Dementia paralytica zur Untersuchung kamen. Unter letzteren 8 boten 5 Lymphocytose und Trübung der Magnesium-Sulfat-Probe dar. Die 17 sicheren Fälle waren nach beiden Richtungen positiv. Wichtig ist ferner, dass in 2 Fällen von Alkoholismus die Magnesium-Sulfat-Probe allein, in 2 anderen die Lymphocytose allein positiv ausfiel, während in 7 weiteren Fällen von Alkoholismus beide Proben negativ waren. Neurastheniker mit Lues in der Anamnese sind nicht untersucht worden; von Epilepsie kamen 3 völlig negative Fälle zur Beobachtung, von Tumor cerebri 2; beide zeigten positiven Zell- und Eiweissbefund (nach Guillain's Methode).

Seit 5 Monaten werden auch auf meiner Abtheilung systematisch qualitative Untersuchungen der Spinalflüssigkeit vorgenommen.

Zur qualitativen Untersuchung bedienen wir uns einer neutral reagirenden, heiss gesättigten Ammonium-Sulfat-Lösung. Die quantitative Bestimmung machen wir nach Nissl-Essbachmethode.

Die Zahl der von uns bis jetzt untersuchten Spinalflüssigkeiten beträgt zur Zeit über 160, die der zugehörigen Patienten 128.

Dank dem gütigen Entgegenkommen der Herren Oberärzte und Assistenzärzte der anderen Abtheilungen konnte in kurzer Zeit ein reichhaltiges Material bearbeitet werden.

Um eine Einheitlichkeit in der Durchführung der Untersuchungen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu gewährleisten, wurden sämmtliche qualitative und quantitative Proben nur von einem Assistenten (Dr. Apelt) gemacht. Wir halten es für wichtig zu bemerken, dass der physiologische Chemiker des Eppendorfer Krankenhauses, Herr Schumm, uns mit seinem specialistischen Rathe stets freundlich zur Seite stand. Wir möchten ihm auch an dieser Stelle hierdurch bestens danken.

Bevor wir auf unsere Befunde eingehen, möchten wir noch einige theoretische Fragen erörtern.

II. Technisches.

In der Literatur findet man ausser den bereits genannten, den Eiweissgehalt der Spinalflüssigkeit berücksichtigenden Arbeiten keine weiteren Abhandlungen, welche mit einer Diffenzirung des im normalen und pathologisch veränderten Liquor auftretenden Eiweisskörpers sich beschäftigen.

Zwar wird man zur Zeit bei einer exacten Charakterisirung der verschiedenen Eiweisskörper der Spinalflüssigkeit noch auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen; einen gewissen Werth dürften aber folgende Methoden beanspruchen können:

Nach Hoppe-Seyler kann man das Oxyhämoglobin, welches bei Eintritt von Blut in den Cerebrospinalcanal im Liquor sich findet, aus seiner wässerigen Lösung durch Zusatz concentrirter Ammonium-Sulfatlösung in der Kälte unverändert ausfällen.

Ferner werden bei Auftreten von Eiter im Liquor bei Meningitis epidemica, Meningitis pneumococcica u. a. in der Spinalflüssigkeit Nucleine zu erwarten sein. Auch sie werden durch Aussalzen zu gewinnen sein.

Dagegen wird man im Liquor cerebrospinalis bei functionellen oder organisch bedingten Nervenleiden kaum Hämoglobin und Nuclein, vielmehr Serum-Eiweiss (Globulin und Albumin) erwarten dürfen.

Nach Hoppe-Seyler, Zuntz, Schenk, Gürber u. A. unterscheiden sich die Globuline von den Albuminen dadurch, dass sie nur in verdünnten Salzlösungen löslich sind, während die Albumine auch noch in ziemlich concentrirten Salzlösungen gelöst bleiben. Darauf beruht auch die Methode, mit deren Hülfe man beide Arten von einander trennen kann. Sie ist kurz folgende:

Die Globuline werden durch halbe Sättigung ihrer Lösungen mit Ammoniumsulfat oder ganze Sättigung mit Magnesiumsulfat gefällt. Die Mischung wird filtrirt, das Filtrat alsdann mit Essigsäure leicht angesäuert und aufgekocht. Die nunmehr ausfallenden Eiweisskörper nennt man Albumine. Es muss hierbei hervorgehoben werden,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dass der Zusatz der Essigsäure vorsichtig zu geschehen hat, da bei starkem Ueberschuss derselben etwas Albumin wieder in Lösung gehen kann.

Ferner kann man nach Hoppe-Seyler bei sogenannter Drittelsättigung der Eiweisslösung mit übersättigter Ammonium-Sulfatlösung Eu-Globulin abtrennen und nach Reye Serumglobulin und Fibringlobulin dadurch fractionirt fällen, dass man zwei Theile eiweisshaltiger Flüssigkeit zunächst mit 5 Theilen Wasser und 3 gesättigter Ammonium-Sulfatlösung versetzt, wobei Fibringlobulin ausfällt, dann dem Filtrat noch soviel gesättigter Ammonium-Sulfatlösung zufügt, dass eine nahezu halbgesättigte Ammonium-Sulfatlösung entsteht. Jetzt fällt Serumglobulin aus.

Wenn ferner im Liquor bei Zusatz einiger Tropfen Essigsäure bereits eine leichte Trübung eintritt, so hat man Mucine vor sich. Es ist daher zu rathen, vor Anstellung der Globulinprobe mit Ammonium- oder Magnesium-Sulfat zunächst einen Theil des Liquor mit Essigsäure zu versetzen, um vor Fehlschlüssen in Bezug auf den Globulingehalt sich zu schützen.

Endlich ist es erforderlich, stets die Spinalflüssigkeit mit Lakmuspapier auf ihre Reaction zu prüfen, da die Trennung von Globulin und Albumin mit Hülfe der „Aussalzung“ nur dann einigermaassen zuverlässig ausführbar ist, wenn die betreffende Flüssigkeit neutral oder sehr schwach alkalisch reagirt.

Obgleich also unter Berücksichtigung der angegebenen Vorsichtsmaassregeln eine relativ genaues quantitative Bestimmung der Globulin- und Albumingehaltes zu machen möglich ist, so erschien es uns doch geboten, auf eine qualitative Analyse von Globulin und Albumin zu verzichten. Einerseits ist ja eine exacte quantitative Trennung beider Gruppen wegen der geringen Liquormengen (2—3 ccm), die zur Verfügung stehen, schwierig, andererseits ist erfahrungsgemäss zur Sicherung genauer Resultate ein Eiweissgehalt von mindestens 4 bis 5 pCt. erforderlich; der Liquor cerebrospinalis dagegen enthält aber selten mehr als 0,3 bis 0,6 pCt. Gesammteiweiss.

Aus diesen Gründen und auf Grund weiter unten angegebener Erwägungen begnügten wir uns für die Bestimmung der mit Ammoniumsulfat in Halbsättigung ausfallenden Eiweisskörper mit einer qualitativen, nur auf die Zeitdauer von 3 Minuten ausgedehnten Ausfällung.

Wir haben es also bei unserer mit „Phase I“ bezeichneten Eiweissfraction nur mit einer Eiweissreaction zu thun. Sie wird als positiv (auf Globulin?) bezeichnet, wenn 3 Minuten nach

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mischung von Salzlösung und Liquor cerebrospinalis Opalescenz oder Trübung eintritt.

Bei Zutritt von Blut zum Liquor innerhalb des Cerebrospinalcanals nimmt die Spinalflüssigkeit sowohl nach unseren eigenen, ziemlich reichhaltigen Erfahrungen als den in der Literatur niedergelegten in Folge von in Lösung gegangenem Oxyhämoglobin eine gelbe bis gelbrothe Farbe an; gelangt Blut erst während der Punction zur Spinalflüssigkeit, dann erscheint die letztere nach dem Centrifugiren als völlig wasserhell und klar. In beiden Fällen aber ist der Liquor reich an Eiweisskörpern, die zum Theil dem Blutserum entstammen, zum Theil, wenigstens im ersteren Falle, auf Austritt von Oxyhämoglobin aus den Erythrocyten zurückzuführen sind.

Konnten wir daher spektroskopisch Oxyhämoglobin oder mikroskopisch stärkeren Gehalt an Erythrocyten im Liquor cerebrospinalis feststellen, so verzichteten wir auf irgend welche Schlüsse auf Vorhandensein oder Bestimmung der Mengen von Globulin und Albumin.

Ebensowenig verwertheten wir beim Auftreten zahlreicher Leukocyten im Liquor den positiven Befund bei Phase I für die Annahme von Globulin.

In Bezug auf die Nomenclatur begnügen wir uns mit den Bezeichnungen „Phase I“ für die Ammonium-Sulfat-Probe und „Phase II“ für die Kochprobe, uns damit mit einer Modification des Namens im Wesentlichen Cimbal anschliessend.

Wir kommen zur Schilderung unserer Methode: 85 g Ammonii sulfur. pusissimi neutralis (Merck) werden mit 100 g Aqua destillata im Erlenmeyer'schen Kölbchen übergossen und so lange gekocht, bis von dem Satz nichts mehr in Lösung geht. Wir liessen die Salzlösung dann langsam erkalten und filtrirten sie.

2 ccm dieser gesättigten, neutral reagirenden Ammonium-Sulfatlösung wurden nur in einem Reagenzglas mit 2 ccm der auf ihre Reaction geprüften Spinalflüssigkeit vermischt.

Wir haben niemals saure, sondern meist neutrale oder schwach alkalisch reagirende Spinalflüssigkeit zu untersuchen gehabt. Nach 3 Minuten wurde neben das Reagensglas ein zweites mit nicht behandeltem Liquor gehalten.

Erschienen beide, d. h. die behandelte und die Controllprobe im durchfallenden Lichte gleich klar, so nannten wir den Ausfall der Probe negativ.

War ein Unterschied zwischen beiden Proben nur dann erkennbar, wenn man das Licht bei dem gegen ein Fenster gehaltenen Reagenzröhrchen so abdeckte, dass es nur von oben hereinfallen konnte, während

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gemisch und Controllprobe gleich klar erschienen, wenn man sie gegen einen schwarzen Hintergrund hielt und das Licht von vorn auffallen liess, so sprachen wir von „Spur Opalescenz".

Machte sich bei der letztgenannten Anordnung oder bei gegen das Fenster gehaltenem Röhrchen eine deutliche Opalescenz gegenüber der Controllprobe bemerklich, so bezeichneten wir die Reaction als „Opalescenz".

Fiel die Probe so stark aus, dass das Gemisch getrübt erschien, so sprachen wir von „Trübung".

Nunmehr filtrirten wir das Gemisch, setzten dem Filtrat 1 bis 2 Tropfen Essigsäure zu und kochten auf. In sämmtlichen von uns untersuchten Fällen trat hierbei eine Opalescenz oder Trübung auf, d. h. in jeder Cerebrospinalflüssigkeit kommen Eiweisskörper vor.

In einer grossen Reihe von Untersuchungen filtrirten wir nochmals und setzten zu der nunmehr nahezu eiweissfreien Flüssigkeit die gleiche Menge einer salpetersäurehaltigen Lösung molybdänsauren Ammoniums. Die Mischung wird leicht erwärmt und soll bei Vorhandensein von Phosphorsäure sich gelb färben, indem sich Ammoniumphosphormolybdat bildet.

Weiter wurde in 43 Fällen die von Guillain angegebene und von Henkel aufgenommene Magnesium-Sulfat-Kochprobe ausgeführt, und ferner in 24 Fällen die von Cimbal angewendete Zinksulfatprobe gemacht.

Endlich führten wir in fast allen Fällen Nissl-Essbach-Methode zur Bestimmung des Gesammt-Eiweissgehaltes aus und untersuchten nach der bereits von Apelt früher beschriebenen Methode mikroskopisch den Zellgehalt.

III. Vergleichende Untersuchungen nach Cimbal und Guillain-Henkel.

Bevor wir auf die eingehende Darstellung unserer gesammten Untersuchungen eingehen, möchten wir zunächst über die vergleichsweise nach Cimbal und nach Guillain-Henkel vorgenommenen Proben berichten.

Unsere Resultate weichen von denen Cimbal's in keiner Weise ab. In allen 24 Fällen, mochte es sich um Paralyse, Tabes, functionelle Neurosen oder Nervengesunde handeln, trat im Verlauf von 24 Stunden deutliche Trübung des Gemisches von Liquor und gesättigter Zinksulfatlösung ein.

Dieselbe war sehr bedeutend bei den untersuchten 3 Paralytikern, 2 von 4 Tabikern und 2 von 4 an Lues cerebri Leidenden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized

In 12 Fällen trat innerhalb der ersten Minuten keine Opalescenz auf, in allen fand sie sich nach 24 Stunden. Es handelte sich hier um 5 chirurgisch Erkrankte, die unter Lumbalanästhesie operirt wurden und weder Lues überstanden hatten, noch nervenleidend waren, sowie um je einen Fall von Tabes und Tumor cerebri und vier mit folgenden Anomalien an den Pupillen und Reflexen: Fehlen der Bauchdeckenreflexe bei 28jährigem Mann, Ungleichheit der Pupillen mit rechtsseitiger Trägheit der Pupillenreaction auf Licht bei einem Alkoholiker, Fehlen der Achillesreflexe mit Blasenlähmung, vielleicht in Folge eines pathologischen Processes im Lendenmark, Ungleichheit und Trägheit der Pupillen (auf Licht) bei einem Patienten, der ein Kopftrauma erlitten hatte.

Ferner wurde in drei Fällen von Anämie und bei zwei Neurasthenikern mit überstandener Lues Opalescenz bezw. Trübung des Gemisches beobachtet, je nachdem einige Minuten oder 24 Stunden vergangen waren.

Die Magnesium-Sulfatprobe nach Guillain-Henkel ergab folgende Resultate:

1. In allen Fällen, in denen unsere, d. h. die Ammonium-Sulfatprobe, positiv ausfiel, fiel die Mg-Kochprobe ebenso aus (8 Paralytiker, 4 Tabiker, 2 Lues II, 1 Lues III, 1 Sinusthrombose).

2. In 8 Fällen fiel sie schwächer aus als die unsere (4 Tabiker, 1 Paralysis incipiens, 3 Meningitis tuberculosa).

3. In 8 Fällen fiel sie stärker aus als die unsere (1 Urämie, 1 Sinusthrombose, 1 Tumor cerebri, 3 Alkoholismus chronicus, 1 Meningitis serosa bei Otitis media, 1 Lues III).

4. In 12 Fällen war bei der Magnesium-Sulfatprobe der Befund positiv, während er bei uns negativ ausfiel. Hier ist besonders hervorzuheben, dass unsere Methode absolut negativ ausfiel, die Guillain-Henkel'sche dagegen positiv war bei 4 Patienten ohne Lues und ohne organisches Nervenleiden, bei 4 Neurasthenikern mit überstandener Lues, bei 1 Hämatomyelie, 1 nicht syphilitischen Erkrankung des Conus medullae spinalis, 1 Tumor cerebri und 1 Sinusthrombose.

5. In 3 Fällen war bei der Magnesium-Sulfat-Kochprobe der Befund negativ, bei unserer positiv (1 Paralyse, 1 Lues II und 1 Epilepsia idiopathica).

Es geht also auch aus den von uns nach Cimbal's und Guillain's Methode vorgenommenen Untersuchungen hervor, dass beide Methoden gerade in den differentialdiagnostisch practisch wichtigen Krankheiten: Dementia paralytica, Tabes einerseits und Neurasthenia cerebralis oder cerebrospinalis mit alter Lues, Tumor cerebri, Epilepsia idiopathica andererseits practisch nicht zu verwerthen sind.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anders lauten die Resultate, welche sich bei unserer 3-Minuten-Probe mit Ammonium-Sulfat ergeben. Hierüber soll jetzt eingehend berichtet werden.

IV. Eigene Beobachtungen.

Es wurden untersucht:

1. 17 Paralytiker; bei 4 derselben konnte kein Anhalt für überstandene Lues weder in der Anamnese, noch bei der somatischen Untersuchung gefunden werden; zwei dieser Patienten hatten ein schweres Kopftrauma erlitten und seitdem sich psychisch und somatisch derartig verändert, dass an der Diagnose Dementia paralytica kein Zweifel war; die beiden anderen sind uns ätiologisch unklar geblieben.

7 von unseren 13 Paralytikern standen noch im Beginn der Erkrankung; 4 von diesen hatten noch einige Wochen vor Eintritt in die Anstalt ihre Stellung im Leben als Agent, Zahlmeister bez. Kaufmann (2) innegehabt, und 3 von 6 waren bereits nach 2 Monaten so dement und theilweise so erregt, dass sich ihre Ueberführung auf die Wachabtheilung des Eppendorfer Krankenhauses oder in die Irrenanstalt Friedrichsberg nöthig machte. Der 5. und 6. sind zur Zeit noch in Hausbehandlung.

In allen 17 Fällen war die Ammonium-Sulfatprobe nach 3 Minuten positiv, und zwar musste man in 9 Fällen von „Opalescenz", in 6 von „Trübung" sprechen. In 5 der incipienten Fälle war Trübung vorhanden, 3 derselben verliefen, wie erwähnt, sehr rasch. In den Fällen mit Trübung war auch der gesammte Eiweissgehalt beträchtlich erhöht, schwankte zwischen $^3/_4$ und $1^1/_2$ pM., auch fand sich eine stark positive Lymphocytose (im Gesichtsfeld bei 300 Vergr. 150, 120, 150, 300, 160, 80 Zellelemente, wenn man 6 Gesichtsfelder auszählte und den Durchschnitt nahm).

2. Von Tabikern wurden 10 untersucht. Bei 9 trat positive Reaction bei der Phase I ein. Opalescenz fand sich bei 7, Trübung bei zwei Patienten. Von letzteren zwei war bei dem einen die Tabes progredient, bei dem anderen stabil. Beide befanden sich im atactischen Stadium. Der Zellgehalt war beide Male stark positiv (256 bzw. 160).

Von den übrigen 7 Kranken waren 3 atactisch und litten 2 an gastrischen Krisen, während die letzten 2 lancinirende Schmerzen und Gelenkleiden als besonders auffallende Symptome zeigten. Einer der letzteren zeigte bei 2 im Verlauf von 14 Tagen vorgenommenen Lumbalpunctionen keine Vermehrung der Zellelemente und keine positive Reaction bei Phase I, auch war beide Male der Gesammt-Eiweissgehalt nicht vermehrt. Die Tabes war in diesem Falle

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

charakterisirt durch Miosis, reflectorische Pupillenstarre, Arthropathia genu sin., Hitzig'sche Kältezone am Rumpf, fehlende Patellar- und Achillesreflexe. Lues wurde stricte negirt.

3. Dank dem gütigen Entgegenkommen Herrn Dr. Arning's, Oberarzt der Station für Syphilis und Hautkrankheiten im St. Georger-Krankenhause, standen uns von 5 Patienten mit secundärer Lues und positivem Befund von Spirochaeta pallida die Spinalflüssigkeiten zur Verfügung.

Die Reaction bei Phase I zeigte 1 mal Opalescenz, 3 mal „Spur Opalescenz" und nur 1 war negativ; im letzteren Falle war auch keine Zellvermehrung im Spinalpunctat festzustellen. Von den übrigen 4 Fällen hatten 2 negativen, 2 positiven (15, 45) Zellbefund. Der Gesammt-Eiweissgehalt bewegte sich zwischen 0,3 und 0,5 pM.

4. 2 Kinder mit Lues congenita zeigten sowohl starke Vermehrung der Eiweisskörper bei Phase I, als auch bei Phase II. Daher war der Gesammt-Eiweissgehalt auch hoch und betrug $1^1/_2$ bezw. 6 pM.; auch bestand stark positive Lymphocytose (90, 300).

5. Tertiäre Lues wurde in 11 Fällen untersucht.

In allen 11 Fällen war die Reaction bei Phase I positiv, in 3 dagegen die Lymphocytose negativ.

Als „Trübung" musste die Reaction 1 mal (Status epilepticus bei Lues cerebri), als „Opalescenz" 7 mal und als „Spur Opalescenz" 3 mal bezeichnet werden. Der Gesammt-Eiweissgehalt schwankte zwischen 0,3 und 0,5 pM. Die Lymphocytose war „stark positiv" in dem Falle mit „Trübung" und in 4 Fällen mit „Opalescenz", in den übrigen Fällen war der Zellbefund 4 mal positiv, 2 mal negativ.

Die Diagnose lautete in 9 dieser Fälle auf Lues cerebri, und zwar musste bei einem Falle die meningitische, bei 2 Fällen gummöse, bei 4 Fällen die arteriitische Form, bei 2 eine Mischform von Meningitis und Encephalitis angenommen werden. Zwei Patienten hatten Haut- bezw. Knochengummata.

In 4 Fällen war die Wirkung des Traitement mixte eclatant, in zwei (hemiplegische Symptome) trat ein sehr bedeutender Rückgang der Krankheitserscheinungen ein, in 2 Fällen (Recidive von Tertiär-Symptomen) trat eine Besserung der subjectiven Symptome ein, während die älteren objectiv wenig beeinflusst worden sind. Ein Patient entzog sich bereits nach wenigen Tagen der Behandlung.

6. Lues überstanden hatten 12 Kranke; sie waren entweder völlig nervengesund oder boten Symptome, welche mit Lues nicht in Beziehung gebracht werden konnten.

In Anbetracht der Wichtigkeit dieser Gruppe wollen wir kurz die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankengeschichten referiren. Es ergiebt sich aus denselben auch, dass wir die Diagnose Lues nur dann stellten, wenn objective Residuen oder eindeutige anamnestische Daten diesen Schluss einwandsfrei machten.

a) 23jähriger Kaufmann, hat sich in Hongkong inficirt; das Ulcus durum wurde vom Arzt excidirt, danach Inunctionscur. Patient hat ausserdem starken Alkoholabusus getrieben, kommt ca. 1 Jahr post infectionem mit allgemeiner indolenter Drüsenschwellung, aber ohne Exantheme oder Schleimhautplaques, in körperlich sehr heruntergekommenem Zustande auf die Abtheilung. Unter Inunctionscur (120 g Unguent. cin.) und energischen Jodkalidosen erholt sich Patient bei kräftiger Kost gut. Drüsen schwellen etwas ab. Am Schluss des 2monatlichen Aufenthaltes Lumbalpunction: Spinalflüssigkeit klar, Druck 230 mm Wasser in Seitenlage, Reaction neutral, Reaction bei Phase I negativ, bei Phase II „Opalescenz", Lymphocytose positiv (16). Gesammt-Eiweiss 0,1 pM.

b) 48jähriger Arbeiter, hat vor 26 Jahren sich luetisch inficirt und auf der Syphilisabtheilung im St. Georger-Krankenhause (Dr. Engel-Reimers) eine Schmiercur durchgemacht. Sonst gesund. Seit 2 Jahren Herzbeschwerden, die hervorgerufen werden durch Insufficienz und Stenose der Valvula Aortae. Im Röntgenbild mässige Verbreiterung der aufsteigenden Aorta. Unter Bettruhe, Jodkali und kräftiger Kost mässige Besserung. Lumbalpunction: Druck nicht erhöht, Flüssigkeit klar, Reaction neutral, Reaction bei Phase I negativ, bei Phase II Opalescenz, Gesammt-Eiweiss 0,2 pM. Lymphocytose negativ.

c) Chr., 40jähriger Arbeiter, hat sich mit ca. 20 Jahren luetisch inficirt, Inunctionscur durchgemacht und vor 3 Jahren Tertiärsymptome gehabt, die auf eine Meningitis basalis hindeuteten (Abducensparese einerseits, Oculomotoriusparese andererseits, heftige Kopfschmerzen). Unter Traitement mixte erhebliche Besserung. Kommt zur Zeit auf die Abtheilung wegen Kopfschmerzen und Mattigkeit. Keine neuen objectiven Symptome. Unter Jodkali mässige Besserung. Spinalpunction ergiebt: Druck nicht erhöht, Flüssigkeit klar, hell, Reaction neutral, Reaction bei Phase I negativ, bei II „Opalescenz", keine Lymphocytose, Gesammt-Eiweiss 0,2 pM.

d) B., Schiffsreiniger, 41 Jahre, hat vor 4 Jahren sich luetisch inficirt (Ulcus durum, vom Schiffsarzt mit Einspritzungen in die Glutäalgegend behandelt worden). Kommt jetzt wegen Schwäche und Kribbeln in den Beinen und allgemeiner Mattigkeit in das Krankenhaus, concedirt für 20 bis 40 Pf. pro die Schnaps, trank früher noch stärker. Ausserdem seit 14 Tagen Diarrhöen. Obj.: Habitus alcohol., Tremor der Hände und Zunge, blasses Aussehen. Pupillen gleichweit, mittelweit, reagiren beide träge und wenig ausgiebig auf Licht, deutlich auf Convergenz. Hirnnerven gesund. Lungen, Herz gesund. Druckempfindlichkeit der Muskulatur an den unteren Extremitäten, ebenso der Nervenstämme, Fehlen der Patellar- und Achillesreflexe, kein Romberg'sches Phänomen, Sensibilität bis auf Hitzig'sche Kältezone in Ordnung. Spinalpunction: Druck nicht erhöht, Flüssigkeit klar, wasser-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hell, Reaction neutral, Phase I negativ, II Opalescenz, Gesammt-Eiweiss 0,3 pM., keine Lymphocytose. Verlauf: Diarrhöen schwinden, Patient erholt sich bedeutend, verlässt aber nach 5 Wochen die Abtheilung mit objectiv unverändertem Befund, nur sieht er bedeutend besser aus.

Epikrise: Wir haben einen charakteristischen Fall von Pseudotabes alcoholica vor uns, der mit der Tabes gemeinsam hat: Fehlen der Patellar- und Achillesreflexe, reflectorische Trägheit der Pupillen, Hitzig'sche Zone, sich von ihr unterscheidet durch Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln, Fehlen von Romberg, negativen Befund bei Phase I und negative Lymphocytose.

e) v. H., Arbeitersfrau, hat mehrere Aborte und eine Meningitis basalis luetica überstanden, als deren Residuen Parese am Oculomotorius einerseits, Abducens- und Facialisparese andererseits zurückgeblieben sind. Kommt wegen Mattigkeit in's Krankenhaus. Pupillenreaction, Sehnenreflexe normal; erholt sich unter roborirender Diät und Bettruhe gut, keine Inunctionscur. Spinalpunction ergiebt: Flüssigkeit klar, wasserhell, Reaction alkalisch, Druck nicht erhöht, Phase I negativ, Phase II „Spur Opalescenz". Gesammt-Eiweiss 0,1 pM. Keine Lymphocytose.

f) K., 35jährige Frau, hat 1 Jahr vor ihrer Verheirathung sich syphilitisch inficirt, der Mann (von uns untersucht) ist gesund. Ein Abortus vor drei Jahren. Lues III der Nase mit totaler Zerstörung des Septums und der Muscheln, seit $^1/_2$ Jahr Herzleiden. Klin. Diagnose: Stenosis valv. mitralis, Myodegeneratio cordis, Stauungsnieren. Section bestätigt die klinische Diagnose und den Befund in der Nase. Lumbalpunction 3 Tage ante exit.: Druck nicht erhöht, Flüssigkeit klar, Reaction: Spur alkalisch. Reaction bei Phase I negativ, bei II Opalescenz, keine Lymphocytose.

g) 52jähriger Arbeiter, hat sich vor 34 Jahren beim Militär inficirt, ist im Lazareth mit Schmiercur behandelt worden, hat dieselbe auf Rath seines Arztes später noch einmal wiederholt. Hat vor einem Jahre Kopftrauma erlitten, leidet an Kopfschmerzen, Mattigkeit, hält sich für geistig krank, da das Denkvermögen abnehme und das Gedächtniss schwächer werde. Die Untersuchung stellt objectiv völlig normales Verhalten des Centralnervensystems fest; auch Gedächtniss, Merkfähigkeit und Intellect können nicht als herabgesetzt bezeichnet werden. Spinalpunction: Druck 200 mm, Flüssigkeit klar, hell, Reaction Spur alkalisch, Reaction bei Phase I negativ, bei Phase II „Opalescenz", Gesammt-Eiweiss 1 pM.! Keine Lymphocytose.

h) 35jähriger Arbeiter, hat vor 12 Jahren harten Schanker gehabt, darnach Hautausschlag, ist vom Arzt mit Traitement mixte behandelt worden; hat nach 3 Jahren Kehlkopfleiden gehabt und ist mit zweiter Schmiercur geheilt worden. Kommt zur Zeit wegen Alkoholismus auf die Abtheilung, bietet am Centralnervensystem nichts Abnormes. Spinalpunction: Flüssigkeit klar, Druck nicht erhöht, Reaction bei Phase I Spur Opalescenz, bei II Opalescenz, Gesammt-Eiweiss 0,5 pM., keine Lymphocytose.

Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

i) J., 50jähriger Arbeiter, hat vor 20 Jahren Lues überstanden, ist specifisch behandelt worden, ist seit 6 Tagen hemiplegisch. Hat an den Unterschenkeln alte Pigmentsyphilide.

Spinalpunction: Druck 180 mm, Flüssigkeit klar, hell, Reaction Spur alkalisch, Reaction bei Phase I negativ, bei II Opalescenz, Gesammt-Eiweiss 0,3 pM., Lymphocytose positiv (15).

Section ergiebt: alte derbe Hodenschwielen, kleinen apoplectischen Herd in der linken Capsula interna, nichts von Lues cerebri oder Paralyse.

k) 20jähriger Mann hat vor $2^1/_2$ Jahren sich luetisch inficirt; Schmiercur im Allgemeinen Krankenhaus (St. Georg), hat seit einigen Monaten Husten, ist heiser und leidet an einer gummösen Periostitis des Os parietale dextrum. Klopfempfindlichkeit des Kopfes, am linken Stimmband ein Tumor des linken Stimmbandes nahe seinem Ansatz am Aryknorpel. Unter einer Inunctionscur (90 g) und Jodkali heilt das Knochengumma und schwinden die Kopfschmerzen. Der Larynxtumor bleibt unverändert. Patient wird auf Wunsch entlassen und kommt nach $^3/_4$ Jahren wieder. Der Larynxtumor hat sich wenig geändert, macht tuberculösen Eindruck; ausserdem leidet Patient jetzt an Phthisis pulmonum. Irgend welche Zeichen für luetische Erkrankung (tertiäre) finden sich nicht. Auch bei der Section findet sich nichts von Syphilis mehr. Der Kehlkopftumor ist tuberculöser Natur. Spinalpunction: Druck nicht erhöht, Flüssigkeit klar, wasserhell, Reaction schwach alkalisch, Phase I negativ, Phase II Opalescenz, Lymphocytose negativ. Nach 4 Tagen 2. Punction, derselbe Eiweiss- und Lymphocytenbefund.

l) 32jähriger Heizer, hat sich vor zwei Jahren luetisch inficirt und im Krankenhaus St. Georg eine Schmiercur durchgemacht. Vor $^1/_2$ Jahr Kopfunfall ohne Commotio cerebri; seitdem Schmerzen im Kopf, besonders auf dem Scheitel, Arbeitsunfähigkeit und schlechter Schlaf. Am Centralnervensystem findet man nichts Abnormes; eine Spinalpunction ergiebt: 270 mm Spinaldruck, Flüssigkeit klar und wasserhell, Reaction neutral, Phase I negativ, Phase II Opalescenz, Gesammt-Eiweiss 0,5 pM., Lymphocytose: 7—8 Rundzellen.

Verlauf: Unter Bettruhe und Antipyrin 2 mal 0,5 tritt bald Besserung ein.

m) 37jähriger Kaufmann hat vor zehn Jahren sich luetisch inficirt und specifische Cur durchgemacht. Seit einigen Monaten leidet er an Mattigkeit und Ziehen in den Beinen und Kältegefühl in den Unterschenkeln. Objectiv findet man ein völlig intactes Centralnervensystem. Die Spinalpunction ergiebt: Druck 170, Flüssigkeit klar, hell, Reaction neutral, Phase I negativ, Phase II Opalescenz, Lymphocytose negativ.

Wir kommen nunmehr zu Nervenkrankheiten, welche nach den allgemeinen Erfahrungen mit Syphilis nichts zu thun haben.

7. 7 Epileptiker ohne Lues in der Anamnese: 3 Fälle von Epilepsia idiopathica und ein Fall von Status hemiepilepticus intra graviditatem (mit Brom und Hydrotherapie geheilt) zeigen klare, neutral reagirende Spinalflüssigkeit mit negativer Reaction bei Phase I

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Opalescenz bei II, der Zellbefund ist bei allen negativ, der Eiweissgehalt beträgt 0,2 bis 0,3 pM. Im Fall 5 handelt es sich um Delirium tremens, Epilepsia alcoholica und acute Nephritis mit spärlichen granulirten Cylindern und 6 pM. Eiweiss im Urin. Die Lumbalpunction ergiebt einen Druck von 320, es werden 12 ccm abgelassen bis zum Druck 130, die Reaction bei Phase I ist „Spur Opalescenz", bei II Opalescenz, der Gesammt-Eiweissgehalt beträgt 0,5 pM., es besteht keine Lymphocytose. Ob die schwach positive Reaction bei Phase I mit der schweren Nephritis zusammenhängt, ist nicht von der Hand zu weisen, zumal wir noch einen zweiten Fall von Nephritis mit „Opalescenz" beobachten konnten.

8. 7 Fälle von Apoplexia sanguinea mit 1 Opalescenz, 2 Spur Opalescenz, 4 negativer Reaction bei Phase I, Opalescenz in allen Fällen bei Phase II; Lymphocytose 2 mal positiv, jedoch in Fällen mit negativer Reaction bei der Ammonium-Sulfatprobe.

9. Multiple Sklerose: 4 Fälle. 1 mit „Opalescenz" bei Phase I und starker Lymphocytose, einer mit „Spur Opalescenz" und negativer Lymphocytose, und 2 mit negativem Befund bei Phase I, davon einer mit positiver (15) Lymphocytose. Reaction II stets „Opalescenz".

10. Tumor cerebri: 2 Fälle, davon keiner mit positiver Reaction bei Phase I: einer derselben mit positiver Lymphocytose. Gesammt-Eiweissgehalt: Spur und 0,2 pM.

11. Meningitiden: Es wurden untersucht 5 tuberculöse, 2 epidemische und 1 durch Pneumococcus lanceolatus erzeugte Meningitis. In allen Fällen trat bei Phase I und II dicke Trübung ein. Der Gesammt-Eiweissgehalt schwankte zwischen $3^1/_2$ und 6 pM., im Centrifugat fanden sich bei den tuberculösen Meningitiden Lymphocyten und vereinzelte Leukocyten, bei den übrigen fast nur Leukocyten. Ein Netz bildete sich bei Stehenlassen der Spinalflüssigkeit in allen Fällen.

Ferner kamen zur Untersuchung der Liquor in 6 Fällen von sogenannter Meningitis serosa: 1 bei Pneumonia crouposa, 2 Bronchopneumonien (Kind), 1 Epilepsia alcoholica (im Dämmerzustand mit Kernig, gespannten Bauchdecken), ein Fall ohne Aetiologie und 1 Otitis media ohne Uebergang auf Hirnhäute, wie die Section feststellte; dasselbe wurde auch für die 2. Beobachtung (Knabe) festgestellt.

In 4 Fällen erwies sich der auf Blutagar ausgestrichene Liquor als frei von Bacterien; es war bei Phase I 2 mal die Reaction negativ, 4 mal betrug sie eine „Spur Opalescenz". Auch bei Phase II trat keine stärkere Opalescenz als gewöhnlich ein, der Gesammt-Eiweissgehalt schwankte zwischen Spur (0,1 pM.?) und 0,5 pM., eine Zellvermehrung bestand nicht.

Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Endlich kamen noch 2 Fälle von Hirnabscess und 1 von Sinusthrombose bei Chlorose (7 Punctionen) zur Untersuchung.

Im ersteren 2. Falle fand sich dasselbe Bild wie bei tuberculöser und bei epidemischer Meningitis, sowohl was Eiweiss- als auch Zellgehalt betraf. Gesammt-Eiweissgehalt = 6 pM. und $2^1/_2$ pM.

Der Fall von Sinusthrombose ohne Lues in der Anamnese bot viel Interessantes: Patient kam mit Chlorose in's Krankenhaus und klagte über starke Kopfschmerzen. Die damals ausgeführte Lumbalpunction ergab bis auf Druckerhöhung einen qualitativ und quantitativ völlig normalen Liquor. Auch der Zellgehalt war gleich Null. Entsprechend dem nun eintretenden klinischen Bilde änderte sich auch der Befund im Liquor und bot zur Zeit der schwersten Hirnsymptome (Druck- und Rindenreizungserscheinungen) folgende Verhältnisse dar: Spinaldruck 400, nach Ablassen von 30 ccm 130, Flüssigkeit klar, hell, bei Phase I Opalescenz! bei II Trübung, Gesammt-Eiweissgehalt $2^1/_2$ pM., Lymphocytose positiv (50). Während im Verlaufe einiger Wochen die klinischen Symptome sich erheblich besserten, änderte auch der Liquor sein Bild. Die Druckhöhe nahm ab, statt „Opalescenz" fand sich bei der 4. bis 6. Punction bei Phase I nur noch „Spur Opalescenz", statt „Trübung" bei „Opalescenz" und der Gesammt-Eiweissgehalt betrug bei der 6. Punction 0,2 pM.

12. Alkoholisten: 7 ohne und mit Anomalien von Nervensystem, die aber mit Lues nicht in Zusammenhang stehen:

a) Polyneuritis alcohollica: 3 mit völlig normalem Liquor: I negativ, II Opalescenz, Lymphocytose negativ,

b) mit Pupillendifferenz und -Trägheit, aber sonst gesundem Centralnervensystem: 3 mit negativer Reaction bei I, Opalescenz bei II, Gesammt-Eiweissgehalt zwischen 0,2 und 0,7 pM. und negativer Lymphocytose in zwei Fällen, positiver (22 Zellen) in einem Falle

c) 1 Fall von Korsakow mit völlig normalem Liquor.

13. 4 Patienten ohne Lues in der Anamnese, von denen einer Fehlen der Bauchdeckenreflexe, der zweite Fehlen der Achillesreflexe, der dritte einseitige reflectorische Pupillenstarre, Fehlen des linken Achilles- und beider Patellarreflexe, der 4. Trägheit der sonst normalen Pupillen auf Lichteinfall zeigen. Irgend eine Aetiologie für ihre Erkrankung ist nicht zu eruiren, 3 stehen im 3. Jahrzehnt, nur der 4. hat das 50. Jahr überschritten. Der Spinaldruck ist bei allen 4 Fällen nicht erhöht, es besteht negative Reaction bei Phase I, Opalescenz bei II, der Gesammt-Eiweissgehalt beträgt ca. 0,1—0,3 pM., bei den zwei

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ersten Kranken findet sich geringe Lymphocytose (15—20), bei den anderen ist sie negativ.

14. Dementia senilis 5 Fälle: 2 Mal negativ und 3 Mal „Spur Opalescenz" bei Phase I, „Opalescenz" bei II, Gesammt-Eiweissgehalt von 0,3 bis 0,7 pM., Zellbefund negativ.

15. Pachymeningitis haemorrhagica. 4 Fälle, von denen 2 zur Section gekommen sind; bei diesen ist die Diagnose in vivo nicht gestellt worden; in einem der Fälle lag das klinische Bild der Hemiplegie nach apoplectiformem Insult vor, während die Section eine ausgedehnte Blutung zwischen Hirnconvexität und Dura ohne Betheiligung der Basis feststellte; der andere Fall bot anamnestisch das Bild eines Tumors. In beiden versagte die Spinalpunction insofern, als der entnommene Liquor völlig klar und wasserhell war, ferner bei Phase I negative Reaction, bei Phase II Opalescenz zeigte. Der Zellbefund war in beiden negativ.

Die zwei anderen Patienten sind nicht zur Section gekommen: beide zeigen eine klare, gelbbraun gefärbte Flüssigkeit, deren Spectrum auf Oxyhämoglobin hinweist; der Eiweissgehalt ist beträchtlich erhöht, beträgt bei beiden $1^1/_2$ pM. Die Phase I zeigt (wohl zum Theil in Folge Uebertritts von Blutserum und dem in Lösung gegangenen Oxyhämoglobin) „Opalescenz", ebenso Phase II.

In einem der Fälle besteht sehr starke Lymphocytose (120), im anderen keine. Der erstere dürfte, zumal auch Basissymptome (Abducensparese) neben den Rindensymptomen aufgetreten sind und die Inunctionscur deutliche Besserung erzielt hat, auf Grund der Lymphocytose als luetisch aufzufassen sein. Er hat inzwischen unter Traitement mixte sich subjectiv und objectiv erheblich gebessert.

Auch an dieser Stelle möchten wir noch einmal kurz betonen, dass Oxyhämoglobin-Uebertritt in den Liquor — derselbe erscheint dadurch rothgelb bis braungelb und giebt das entsprechende Spectrum — nach unseren wie anderer Untersucher Erfahrungen für Blutung innerhalb des Cerebrospinalcanals spricht. Ist das Blut erst während der Punction beigemischt worden, so pflegt nach baldigem $^3/_4$ stündigem Centrifugiren der Liquor völlig wasserhell, farblos zu werden, indem die rothen Blutkörperchen als Bodensatz sich finden! Dieser Liquor enthält aber je nach der zugetretenen Blutmenge eine mehr oder minder bedeutende Eiweissmenge; in Folge dessen findet man bei beiden Phasen Opalescenz bis Trübung. Wir verfügen über 3 Fälle, die uns den directen Beweis für diese Behauptung lieferten. Bei zwei dieser Fälle erhielten wir in einer Sitzung bei der Punction von zwei verschiedenen Stellen bluthaltigen und blutfreien Liquor, bei einem war

Generated on 2019-02-17 16:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

der Liquor bei Punction I blutfrei, bei Punction II (nach 4 Tagen) bluthaltig; es konnten hier zwei verschieden stark bluthaltige (2 und 3) Mengen [die stärker bluthaltige zuerst (2)] aufgefangen werden. Punctat 1 für Phase I negativ, bei II zeigte es Opalescenz; Punctat 2 zeigte bei Phase I Opalescenz, bei II starke Opalescenz, Punctat 3 „Spur Opalescenz", bei I (es war bei der Entnahme nur schwach rosa gefärbt gewesen), bei II Opalescenz.

16. Neurasthenie: 9 ohne Lues in der Anamnese: 9 mit negativem Zellbefund bei Phase I, Opalescenz bei II, negativem Befund und Gesammt-Eiweiss von 0,1 bis 0,7 (1 mal) und 1,0 (1 mal) pM.

17. Nervengesund ohne Lues in der Anamnese: Es konnte fünf Mal Liquor untersucht werden, welcher von Patienten stammte, die einer Operation unter Lumbalanästhesie sich unterzogen (meist Hernien oder Varizen). Sie hatten ein intactes Centralnervensystem und in der Anamnese keine Lues. In allen Fällen erwies sich der Liquor als in jeder Beziehung normal (I negativ, II Opalescenz, keine Lymphocytose). Der Gesammt-Eiweissgehalt schwankte zwischen 0,2 und 0,5 pM.

18. Varia: Weiter seien noch folgende Fälle erwähnt:

a) Urämie in der Reconvalescenz mit einem an Dementia paralytica erinnernden Symptomencomplex und klarer, heller Spinalflüssigkeit (2 mal punctirt) Phase I das erste Mal „Spur Opalescenz", das zweite Mal „Opalescenz" aufweisend, II mit „Opalescenz", Lymphocytose 20—30, Gesammt-Eiweissgehalt 0,3 pM.

b) 2 Fälle von Erkrankungen im Lumbaltheil der Medulla spinalis, charakterisirt durch Fehlen der Patellar- oder Achillesreflexe und Blasenincontinenz; der erstere bietet völlig normalen Liquor, der zweite „Opalescenz" bei I, Opalescenz bei II, Lymphocytose von 60—70, Gesammt-Eiweiss 1 pM.

c) Ein Fall von spastischer Parese der unteren Extremitäten ohne irgend welche Aetiologie mit „Opalescenz" bei Phase I, desgleichen bei II, Spinaldruck 230, negativer Lymphocytose, Gesammt-Eiweissgehalt von 0,5 pM., und ein Fall von Spondylitis tuberculosa des 4. und 5. Lendenwirbels mit Compression der Cauda equina und Opalescenz bei I und II, positiver Lymphocytose (15) und Gesammt-Eiweissgehalt von 1,0 pM.

c) Eine Chlorosis ohne sonstige Symptome mit erhöhtem Druck, eine Patientin mit Fibrosarcoma uteri und erhöhtem Druck, ein Fall von Hämatomyelie ohne jede Aetiologie. In allen drei Fällen erwies sich der Liquor cerebrospinalis als völlig normal.

Ueber unsere Gesammt-Eiweissbefunde und ihre Verwerthbarkeit für die Differentialdiagnose in der Neurologie ist nicht viel zu

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sagen. Wie schon erwähnt, arbeiteten wir nach der Methode von Nissl mit graduirten Pipetten[1]), es wurden 2 ccm Liquor cerebrospinalis und 1 ccm Essbach'scher Lösung entnommen und in einem mit Millimeter-Skala versehenen Centrifugenröhrchen von 5 mm Lumen (im unteren Theile) gemischt. Die Röhrchen hatten die von Nissl angegebene Form. Nach einstündigem Centrifugiren mit einer Wassercentrifuge von 2500 Umdrehungen pro Minute wurde der Bodensatz abgelesen und in Millimetern notirt.

Wir hatten mit eiweisshaltiger Flüssigkeit Vergleichsuntersuchungen mit Essbach-Rohr für Urinproben und unseren Centrifugenröhrchen angestellt und uns eine Skala geschaffen, die in Millimetern angab, welchem Eiweissgehalt in Millimetern die jeweiligen Bodensatzhöhen entsprachen.

Kurz zusammengefasst ergab sich folgendes:

a) In 12 von 17 Fällen von Dementia paralytica betrug der Gesammt-Eiweissgehalt mehr als 0,5 pM. Höchster beobachteter Werth: $2^1/_2$ pM.

b) Für Tabes: 5 unter 10 Fällen mit 0,5 pM. und mehr; höchster Werth 1 pM.

c) Lues II: unter 4 Fällen 3 mit 0,5 pM.

d) Lues congenita: 2 Fälle mit $1^1/_2$ und 6 pM.

e) Lues III: Von 11 Fällen erreichen 6 0,5 pM.

f) Lues in der Anamnese (ausgeheilt): Unter 12 Fällen 3 mit 0,5 p. M., einer mit 1 pM.

g) Lues negirt, Anomalien am Centralnervensystem irgend welcher Art, jedoch weder Zeichen von Tabes, noch von Paralyse: unter 8 Fällen 2 mit 0,5 pM.

h) Neurastheniker und Nervengesunde: unter 14 Fällen einer mit 0,7 pM., sonst keiner bis 0,5 pM.

i) Meningitis: 8 Fälle mit $3^1/_2$ bis 6 pM.

k) Meningitische Reizung: 5 Fälle mit 0,1 bis 0,5 pM.

Umstehend geben wir zur leichteren Uebersicht den wichtigsten Theil unserer Befunde für die Hauptgruppen in Tabellenform wieder.

Donath hat gefunden, dass bei organischen Erkrankungen des Centralnervensystems, bei denen es zu raschem Untergang von Nervengewebe kam, sich eine Vermehrung von Phosphorsäure im Liquor cerebrospinalis zeigt. Diese Untersuchungen, auf die Schönborn hingewiesen hat, sind interessant und das Resultat Donath's würde einen

1) Pipetten und Röhrchen sind nach Angabe von Herrn Schumm durch die Firma Dittmar und Viech in Hamburg sehr gut angefertigt worden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Cytodiagnose					Eiweissbefund		
Eigene Untersuchungen		Name der Krankheiten	Nach Literaturangaben		Eigene Untersuchungen		
Zahl der Fälle	Zellbefund in pCt.		Zahl der Fälle	Zellbefund in pCt.	Zahl der Fälle	Phase I positiv in pCt.	Gesammt-Eiweiss über 0,5 pM. in pCt.
51	97	Dementia paralytica	331	98	17	100	75
69	95	Tabes dorsalis	95	95	10	90	55
30	75	Lues III des Nervensystems	14	80	11	90	60
5	40	Lues II	76	40	5	20	60
2	100	Lues congenita	15	100	2	100	100
29	35	Ueberstandene Lues	68	44	12	0	25
20	4	Alkoholismus	17	6	7	0	0
13	15	Epilepsia idiopathica	21	15	7	0	13
12	33	Apoplexia sanguinea	15	23	7	33	50
14	23	Sklerosis multiplex	15	24	5	50	—
5	40	Tumor cebri	14	65	2	0	—
20	0	Neurasthenie / Hysterie	37	0	9	0	10
5	0	Gesund	6	0	5	0	0
274		Insgesammt untersucht sind	724		97		

werthvollen prognostischen Hinweis für die Schnelligkeit des Verlaufes der Erkrankung darstellen. Speciell könnte es einen gewissen Anhalt für die Prognose der Paralyse geben. Wir haben deshalb auch hierauf unsere Aufmerksamkeit gerichtet und erfreuten uns auch hier der Unterstützung und Ueberwachung unserer chemischen Untersuchungen durch unseren Anstaltschemiker Herrn Schumm. Wir kommen aber zu anderen Resultaten als Donath. Schon unsere ersten Fälle — 2 Paralytiker, 1 Neurastheniker und 1 Nervengesunder — zeigten gleich deutliche Gelbfärbung bei Zufügen der salpetersäurehaltigen Ammonium-Molybdat-Lösung. Ebenso konnten wir auch unter den übrigen 16 Fällen keine Donath's Angaben bestätigende Resultate erhalten. Dass wir den Liquor (durch Zusatz von Kochsalz und Essigsäure und Aufkochen) möglichst eiweissfrei zu machen suchten — dies völlig zu machen, ist nach Hoppe-Seyler kaum möglich — brauchen wir wohl nicht erst zu betonen, ebenso wenig, dass die Mischung von molybdansäurer Ammonium-Lösung und Salpetersäure erst kurz vor dem Gebrauch vorgenommen wurde.

Ferner wurden Mucinproben (Zusatz einiger Tropfen Essigsäure zum unbehandelten Liquor cerebrospinalis) öfters angestellt, und fiel nur

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2 mal die Reaction positiv aus, und zwar bei zwei Meningitisfällen, in denen der Liquor cerebrospinalis einen starken Eiweiss- und Zellengehalt bot.

Bevor wir zur Zusammenfassung unserer Resultate übergehen, soll noch kurz über unsere gesammten cytodiagnostischen Resultate und ihre recht erfreuliche Uebereinstimmung mit denen anderer Autoren berichtet werden.

Wir haben bis jetzt 347 Patienten untersucht, bei denen insgesammt 400 Punctionen ausgeführt worden sind; über 219 Fälle ist bereits an anderer Stelle von Apelt (l. c.) berichtet worden.

Die Gesammtergebnisse sind kurz folgende:

a) Dementia paralytica: 51 Fälle mit 2 negativen, 23 stark positiven, 26 positiven Befunden. Lymphocytose ergiebt sich also für 97 pCt.

In der Literatur findet sich unter 331 Fällen untersuchter Dementia paralytica in 98 pCt. positive Lymphocytose (Schönborn, Eugenio la Peyma, Cimbal, Henkel, Fränkel, Merzbacher, Nissl u. A.).

b) Tabes dorsalis: Wir verfügen über 69 Fälle mit 41 stark positiven und 14 positiven und 4 negativen Befunden = 95 pCt. Nach den Literaturangaben zeigten 95 Tabiker = $94^1/_2$ pCt. positiven Befund (Henkel, Samele, Schönborn, Sicard, Fränkel u. A.).

c) Lues III: unseren 30 Patienten mit 13 stark positiven, 9 positiven und 8 negativen Befunden = 75 pCt. stehen gegenüber laut Literaturangaben 14 Fälle mit 2 negativen Befunden.

d) Lues in der Anamnese, zur Zeit ausgeheilt: Bei uns 29 Fälle mit 10 mal positivem (2 mal stark =) Befund; nach anderen (Schönborn, Merzbacher, Mantoux, Sicard, Henkel) 68 Fälle mit 32 positiven Fällen, also 35 pCt. bezw. 44 pCt.

e) Epilepsia idiopathica: 13 Fälle mit 2 positiven (keinem stark positiven) Befunden; nach Anderen (Schönborn, Cimbal, Henkel, Liebscher u. A.) 21 Fälle mit 3 positiven, also insgesammt 34 Fälle mit 5 positiven Befunden = 15 pCt.

f) Apoplexien: 12 Fälle mit 4 positiven Befunden, nach Anderen (Cimbal, Henkel) 18 Fälle mit 3 positiven Befunden = 30 Fälle mit 7 oder 23 pCt positiven Befunden.

g) Sclerosis multiplex: 14 Fälle mit 11 negativen Befunden (keiner stark positiv), nach Anderen 15 Fälle (Meyer, Schönborn, Henkel u. A.) mit 11 negativen, insgesammt = 24 pCt.

h) Anomalien am Nervensystem ohne Lues in der Anamnese (Pupillen-, Reflex-Anomalien): 9 Fälle mit 4 positiven Befunden; nach

Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Andern 14 Fälle mit 5, insgesammt 23 mit 19 = 37 pC. positiven Befunden.

i) Alkolismus und Polyneuritis alcoholica: 19 Fälle mit einem positiven Befunde; nach Anderen 17 Fälle mit einem positiven Befunde = 36 mit 2 positiven oder c. 6 pCt. positiven Befunden.

k) Tumor cerebri: 5 Fälle mit 2 positiven bezw. nach Anderen 14 Fälle mit 8 positiven Fällen = 65 pCt.

l) Neurasthenie und Hysterie ohne Lues in der Anamnese: 20 Fälle mit keinem positiven bezw. nach Andern 17 und mehr („alle" Fälle von Balogh, Schönborn) mit keinem positiven, also insgesammt 37 und mehr Fälle mit keinem positiven = 0 pCt.

m) Nervengesunde: 5 eigene Fälle und 6 (Nissl) mit keinem positiven Befunde = 11 Fälle mit 0 pCt.

Nach Literaturangaben Psychosen und sonstige Geisteskrankheiten, ausgenommen Dementia paralytica: 97 Fälle mit einem stark positiven und einem schwach positiven Befunde (Nissl, Liebscher, Henkel, Schönborn, Cimbal u. A.) = 2 pCt.

Ferner waren frei von Zellen: Myelitis, Spondylitis, Urämie, Neuritis, Basedow, chronischer Rheumatismus nach Schönborn, v. Balogh, Henkel u. A.

Ebenso wie Schönborn fanden auch wir es wichtig, in Fällen von Paralyse, Tabes etc. mit zunächst negativem Befunde uns nicht mit einer Punction zu begnügen: In zwei Fällen von Tabes fanden wir bei der zweiten, 10 Tage später vorgenommenen Punction starke Lymphocytose, während bei der ersten Punction der Befund negativ gewesen war.

V. Schlussfolgerungen.

Aus unseren cytodiagnostischen Befunden und den Eiweissuntersuchungen ergiebt sich:

1. Für die Paralyse: Die Cytodiagnose stellt, wie bekannt, eine werthvolle Bereicherung der Diagnostik dar (51 eigene Fälle mit 98 pCt., 390 aus der Literatur mit 97 pCt. positiver Befunde).

Dasselbe darf mit gewissen Einschränkungen für die Eiweissuntersuchung behauptet werden.

Durch Nissl's, Henkel's, Cimbal's und unsere Befunde (Vermehrung des Eiweissgehalts in 75 pCt. der Fälle) wird Hoche's Angabe, in den meisten Fällen von Dementia paralytica sei der Gesammt-Eiweissgehalt der Spinalflüssigkeit vermehrt, bestätigt.

Vorausgesetzt, dass sich die von uns bei der Phase I erhobenen Befunde bestätigen, nämlich, dass alle Fälle von Dementia para-

Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

lytica, auch die Frühfälle, positive Reaction zeigen, würde unsere 3 Minuten-Ammonium-Sulfat-Probe eine weit feinere Untersuchungsmethode (pathologischer Eiweissgehalt) darstellen, indem sie einerseits bei Nervengesunden und Neurasthenikern ebenso ausfällt, wie die Cytodiagnose, andererseits auch dann nicht versagt, wenn die Cytodiagnose versagt.

Bei Neurasthenikern und Nervengesunden mit überstandener Syphilis fand sich bei unseren und den in der Literatur mitgetheilten Fällen (insgesammt 97) in 40 pCt. Vermehrung der Lymphocyten; in den von uns untersuchten 12 Fällen gleicher Art fiel dagegen die Phase I unserer Ammonium-Sulfat-Probe völlig negativ aus, zeigte also den gleichen Befund, wie er bei Nervengesunden ohne Syphilis in der Anamnese beobachtet wird.

2. Diese wichtigen Ergebnisse mit Phase I bei überstandener Syphilis haben noch eine weitere Bedeutung: Während die Cytodiagnose bei überstandener Lues, wie erwähnt, in 40 pCt. positiv lautet, ist sie es bei tertiärer Lues des Centralnervensystems in 80 pCt. (64 Fälle). Während die Phase I bei überstandener Lues völlig negativ ausfällt, fand sich erfreulicher Weise bei Lues III des Centralnervensystems in sämmtlichen 11 Fällen „Opalescenz". Damit dürfte der Phase I eine Bedeutung in der Differentiadiagnose zuzusprechen sein, wenn es gilt zu entscheiden, ob in solchen Fällen eine specifische Cur nöthig ist, oder sich erübrigt.

3. Während uns 1906 die Zahl der untersuchten Tabiker noch nicht gross genug erschien, um brauchbere Schlüsse zu erlauben, ist sie jetzt von 60 auf 164 gestiegen und zeigt den gleichen positiven Befund wie bei unserer ersten Untersuchungsreihe (in 95 pCt. der Fälle). Wir schliessen uns daher Schönborn vollkommen an, wenn er schreibt: „Die Zellvermehrung im Liquor bei Tabes (und Paralyse) ist ein fast constantes und ein Frühsymptom; es stellt eines der wichtigsten Hülfsmittel der Frühdiagnose dieser Erkrankungen dar, dessen Prüfung bei keinem Falle, wo Verdacht auf Tabes oder Paralyse vorliegt, versäumt werden sollte".

Die Eiweissvermehrung (Gesammt-Eiweiss) beträgt bei unseren Fällen 55 pCt., die Phase I ergiebt deutlich positiven Befund („Opalescenz") in 90 pCt. der Fälle, also fast in ebenso viel Procent wie die Cytodiagnose (95 pCt.).

4. Da sich leider positive Lymphocytose in 40 pCt. bei solchen Kranken oder Gesunden findet, welche nicht Syphilis gehabt haben, so kann für die Differentialdiagnose zwischen Tabes einerseits und Neurasthenia cerebralis und spinalis, Pseudotabes alcoholica oder

Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Hysterie mit überstandener Lues andererseits, die Cytologie nur dann verwandt werden, wenn eine stark positive Lymphocytose sich findet. Auch hier scheint uns unsere Phase I zu Hülfe zu kommen. Wir konnten, wie oben erwähnt, 12 Fälle mit sicherer Syphilis in der Anamnese untersuchen, die zur Zeit von allgemeinen nervösen Beschwerden oder an internen Krankheiten litten oder Residuen überstandener tertiärer Lues oder Alkoholneuritis darboten. In allen diesen Fällen fand sich keine Opalescenz oder Trübung bei Phase I unserer Ammonium-Sulfat-Probe.

5. Für diese unsere Auffassung der Phase I, dass sie für die Differentialdiagnose die Dementia paralytica, Tabes und tertiärer Lues des Centralnervensystems zu verwerthen ist, spricht unser oben beschriebenes, ausschliesslich von uns und mit allen Cautelen untersuchtes Material.

Wir wollen aber nicht unterlassen, noch einmal besonders hervorzuheben, dass unter jenem Material vier mit Syphilis ätiologisch nicht verbundene Fälle (18, a, b und c) sich finden, die in Bezug auf Phase I den gleichen Befund bieten, wie er bei Paralyse, Tabes, Lues III sich findet, also eine störende Ausnahme bilden[1]).

---

1) Anmerkung bei der Correctur: Inzwischen haben wir einen Fall beobachtet, bei dem es sich um einen gutartigen Rückenmarkshaut-Tumor bei einem 18jährigen Mädchen, bei der weder Syphilis, noch Tuberculose vorlag, handelte. Der Tumor wurde richtig localisirt und mit vollem Heilerfolg exstirpirt. In diesem Fall war Phase I positiv.

Andererseits sahen wir eine Frau, die luetisch gewesen war, an einer Hemiplegie erkrankte und unter Hg und Jod ausheilen. Hier war Phase I negativ. Ebenso war Phase I negativ in einem Falle, bei dem es sich um eine Frau mit luetischer Rectumfissur handelte, die Zeichen einer atypischen Tabes bot.

Den diagnostischen Werth der Phase I schienen andererseits folgende zwei Fälle zu illustriren.

1. 38jährige Frau; früher syphilitisch gewesen; bot verdächtige Pupillenerscheinungen, hatte lebhafte Sehnenreflexe und war erregt. Plötzlich Auftreten eines Status hemiepilepticus.

Lymphocytose positiv, Phase I positiv.

In Abwesenheit von Dr. Nonne wurde in der Annahme eines Tumors die Tracheotomie gemacht. Befund negativ.

Section: Anatomisches Bild der Dementia paralytica.

2. Eine demente Frau hatte myotische und lichtträge Pupillen, lebhafte Sehnenreflexe und alte Luesnarben an den Unterschenkeln.

Lymphocytose und Phase I absolut negativ.

Unter Abstinenz genas die Frau und documentirte sich als Fall von chronischem Alkoholismus.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es sind dies Fälle mit Erkrankung im Gebiet des Conus (2) und der Cauda equina (1) sowie ein Fall von Urämie. Für überstandene Syphilis lag kein Verdacht vor. In diesen vier Fällen bestand bei Phase I „Opalescenz".

Weitere Nachuntersuchungen, die wir nur auf das Dringendste wünschen können, müssen zeigen, ob die Zahl derartiger Ausnahmefälle zunehmen wird und ob durch sie der differentialdiagnostische Werth, welchen wir unseren Untersuchungen zusprechen möchten, vermindert werden wird.

6. Ob unsere negativen Befunde für Phase I bei Tumor cerebri und Epilepsia idiopathica (selbst im Status epilepticus) bei weiteren Untersuchungen sich bestätigen werden, muss die Zukunft lehren. Phase I würde dann auch für die Differentialdiagnose zwischen Tumor cerebri und Paralyse, ferner zwischen epileptischen Anfällen und paralytischen Anfällen Bedeutung gewinnen. Es wäre dies insofern von Werth, als hier die Cytodiagnose ebenfalls wieder im Stich lässt, indem bei Tumor cerebri in 65 pCt., bei Epilepsie in 15 pCt. Lymphocytose beobachtet worden ist.

7. Hervorzuheben sind endlich noch die Befunde, welche in sechs Fällen von Meningitis serosa und in acht Fällen von Meningitis beobachtet wurden. Die Differenz in der Eiweissreaction bei Phase I ist zwischen Meningitis einerseits und Meningitis serosa andererseits eine so augenfällige, dass ihr wenigstens für die Praxis ein gewisser Werth wird zuzusprechen sein. Sie wird sich natürlich mit der bacteriologischen Erforschung des Liquor und der Untersuchung des Netzes bei Meningitis in keiner Weise messen können.

8. Während für cytodiagnostische Untersuchungen eine theure Wasser- oder elektrische Centrifuge, Röhrchen, Capillarpipetten etc. nöthig sind, die Methode daher meistens an Krankenhäuser und Kliniken gebunden bleiben wird, kann unsere Eiweissreaction „Phase I" mit Leichtigkeit von jedem Practiker ausgeführt werden. Es ist aber dringend zu rathen, sich hierbei mit Peinlichkeit an die Vorschrift zu halten. Insbesondere verwende man nur Ammonium sulfur. purissimum neutrale (Merk), da das gewöhnliche Ammon. sulf. sauer reagirt!

Wir halten die an unserem Material mit unserer Reaction „Phase I" gemachten Erfahrungen für practisch wichtig genug, um, wie wir schon oben gesagt haben, zu wünschen, dass sie zu Nachprüfungen anregen möchten.

Die von uns erhoffte Bestätigung würde in unserer „Phase I" eine Bereicherung der Differentialdiagnose zweifelhafter Fälle von Dementia

Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

paralytica, Tabes und tertiärer Syphilis des Nervensystems erblicken lassen.

Hamburg, April 1907.

Nachtrag bei der Correctur.

Während der zwei Monate, welche seit Beendigung dieser Arbeit verstrichen sind, haben wir noch eine weitere Anzahl Kranker auf den Eiweiss- und Zellgehalt ihrer Spinalflüssigkeit untersucht; die Befunde — es sind insgesammt 52 — stimmen mit den bisherigen überein:

1. Paralytiker 5: Phase I zeigt in 2 Fällen Trübung, in 3 Opalescenz; der Zellgehalt ist in allen Fällen stark positiv, ebenso beträgt der Gesammt-Eiweissgehalt in allen Fällen mehr als 0,5 pCt.

Wir verfügen also zur Zeit über 22 Fälle von Dementia paralytica mit einer positiven Phase I in 100 pCt. und einer Vermehrung des Gesammt-Eiweissgehaltes in 80 pCt.; cytologisch sind 56 Fälle untersucht mit positiver Lymphocytose in 97 pCt.

2. Tabiker 7: Phase I ist positiv in allen Fällen, die Lymphocytose ist stark positiv in 5, positiv in 2 Fällen. Der Gesammt-Eiweissgehalt ist untersucht in 5 Fällen und erweist sich in allen als vermehrt.

Wir verfügen demnach zur Zeit über 76 Fälle von Tabes mit einer Zellvermehrung in 95 pCt. und über 17 mit positiver Phase I in 93 pCt. und Gesammt-Eiweissvermehrung in 60 pCt.

3. Lues III des Centralnervensystems: 4; Phase I positiv bei allen 4 Fällen. Zellbefund in allen 4 Fällen stark positiv.

Mithin haben wir 34 Fälle mit Lymphocytose in 80 pCt., 15 mit Phase I in 92 pCt.

Es sei noch kurz betont, dass stark positive (über 60 Zellen) und enorme (200 bis 500 bei 300 Vergr.) Lymphocytose sich fand:

bei unseren 22 Paralytikern . . . . . 16 Mal,
„ „ 17 Tabikern . . . . . 11 „
„ „ 15 Fällen von Lues III des Centralnervensystems 10 „

Stark positive Lymphocytose haben wir im Uebrigen nur bei Meningitis tuberculosa und einem Fall von Lues congenita beobachtet!

4. Vor Jahren hatten Syphilis überstanden: 6, bei allen erwies sich Phase I und in 5 der Zellgehalt als negativ; 1 mal war der Zellgehalt positiv.

Es sind daher 35 Fälle mit 33 pCt. positiver Lymphocytose und 18 Pat. mit 0 pCt. positiver Phase I untersucht.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

5. Epileptiker 5: 1 mal war Lymphocytose positiv, im Uebrigen negativ; negativ war in allen Fällen die Phase I; das Gesammt-Eiweiss war 2 mal vermehrt.

Wir verfügen über 18 Epileptiker mit Lymphocytose in 15 pCt. und über 10 mit Phase I in 0 pCt.

Weiter wurden untersucht: Meningitis tuberculosa 6, Zellgehalt und Phase I positiv in 6, Meningitis serosa 2, beide negativ.

3 Alkoholisten, 1 Hydrocephalus, 3 Psychosen, 4 Neurosen; sämmtlich mit negativer Phase I und negativer Lymphocytose; endlich 3 Apoplexien: 2 mal Phase I positiv, 1 mal negativ; Lymphocytose 3 mal negativ und 4 Varia: 1 Cholecystitis und 1 Basisfractur, in beiden Lymphocytose und Phase I negativ.

Literaturverzeichniss.

1. Abraham und Ziegenhagen, Psychiatr. Verein zu Berlin. 19. März 1904. Ref. Centralbl. für Nervenheilk. 1904.
2. F. Apelt, Monatsschr. für Psychiatrie und Neurologie. 1906.
3. Charles L. Dana, Medical Record 1904, p. 120, on Cytodiagnosis in nervous diseases.
4. Donath, Der Phosphorsäuregehalt der Cerebrospinalflüssigkeit bei verschiedenen, insbesondere Nervenkrankheiten. Zeitschr. für physiologische Chemie. Bd. 42. 1904. 1. und 2. S. 141.
5. Balogh, Beiträge zur Bestimmung des diagnostischen Werthes des Liquor cerebrospinalis. Wiener med. Wochenschr. 1906. No. 9.
6. Decoubaix, Die Lumbalpunction in der Psychiatrie. Ref. Neurol. Centralbl. 1905.
7. Fischer, Ein Fall von Paralyse ohne Lymphocytose. Prager medicin. Wochenschr. 1904. S. 515.
8. J. Fränkel-New York, Lymphocytosis of the cerebrospinal Fluid. Medical Record. 65. Bd. 1904. p. 125.
9. J. Fränkel, Cytodiagnosis of nervous diseases. Lancet. 1903.
10. Flatau, Münchener med. Wochenschr. 1905.
11. Henkel, Untersuchungen der Cerebrospinalflüssigkeit etc. Archiv f. Psychiatr. und Nervenkrankh. 1907. 42. Bd. Heft 2.
12. Kutner, Die Lumbalpunction in der Diagnostik von Nerven- und Geisteskrankheiten und ihre Bedeutung für die allgemeine Praxis. Med. Klinik. 1905. 30. H.
13. Hoppe-Seyler, Lehrbuch der physiologischen und pathol. Chemie.
14. Gumprecht, Münchener med. Wochenschr. 1904.
15. Gerhardt, Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. 1904. XIII. Bd.
16. Liebscher, Die cytolog. und chem. Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Geisteskrankheiten. Wiener med. Wochenschr. 1906.

Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

17. Marie et Viollet, Ref. Neurol. Centralbl. 1905.
18. Mantoux, La syphilis nerveuse latente. Thèse, Paris 1904.
19. Merzbacher, Centralbl. für Nervenheilk. und Psychiatr. 1905. No. 192.
20. E. Meyer, Berliner klin. Wochenschr. 1905. No. 5. — Derselbe, Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Geistes- u. Nervenkranken. Archiv f. Psych. 1907.
21. Nissl, Centralbl. f. Nervenheilk. und Psych. 1904. No. 171.
22. Schönborn, Centralbl. f. Nervenheilk. und Psych. 1903.
23. Schönborn, Med. Klinik. 1904. No. 24.
24. Sicard, Le liquide céphalorachidien. Paris 1902.
25. Sicard, Soc. de Biologie. II. 1904,
26. Widal, Sicard et Ravaut, Examen cytologique chez les tabétiques. Soc. de Neurologie. Ref. Archiv f. Neurol. Bd. 15.
27. Samele, Cytologie der Spinalflüssigkeit. Zeitschr. für klin. Med. 1906. H. 3 und 4.
28. Skoczynski, Chemische Untersuchungen der Spinalflüssigkeit. Sitzungsbericht. Neurol. Centralbl. 1905.
29. Quincke, Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk. Bd. 9.
30. Quincke, Deutsche Klinik. Lfg. 54—56.
31. Hofmann, Deutsche med. Wochenschr. 1907. No. 1. V. Bd.
32. Schenk und Gürber, Leitfaden der Physiologie des Menschen. 1900.
33. Siemerling, E., Ueber den Werth der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis für die Diagnose der Nerven- und Geisteskrankheiten. Berliner klin. Wochenschr. 1904. No. 21.

Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XV.

Aus der psychiatrischen Universitätsklinik zu Königsberg i. Pr.
(Director: Prof. Dr. E. Meyer).

Ein Fall von manisch-depressivem Mischzustand

(zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Ideenflucht und den Hallucinationen).

Von

Dr. **Kurt Goldstein,**

Privatdocent und I. Assistent an der psychiatrischen Klinik zu Königsberg i. Pr.

(Hierzu eine Abbildung im Text.)

Das Bild des manisch-depressiven Irreseins ist in seinen verschiedenen Erscheinungsformen so gut bekannt, dass es überflüssig erscheinen könnte, die Casuistik durch einen einzelnen Fall zu bereichern. Dennoch möchte ich den folgenden Fall veröffentlichen und fühle mich aus verschiedenen Gründen dazu veranlasst. Einerseits handelt es sich um eine jener immerhin seltenen, ja nicht allgemein anerkannten Formen, einen sogenannten Mischzustand in so ausgesprochener Weise, wie er wahrscheinlich selten zur Beobachtung kommt; andererseits bot der Fall noch in mancher anderen Beziehung Eigenarten, die auf das Wesen zweier interessanter psychotischer Symptome, der Ideenflucht und der Hallucinationen, etwas Licht zu werfen vermögen. Dadurch dürfte sich die ausführliche Veröffentlichung rechtfertigen.

Krankengeschichte.

Heredität: Bruder des Vaters an Geisteskrankheit mit Grössenideen mit 31 Jahren gestorben. Vater zuckerkrank; sonst keine Belastung, Patientin ist 1873 in Russland geboren, kam mit den Eltern als Kind nach Deutschland, besuchte die Schule mit bestem Erfolge, war sehr begabt, bildete sich dann zur Kindergärtnerin aus. War immer sehr geweckt, intelligent, hat viel gelesen. Hat in der Kindheit keine besonderen Krankheiten durchgemacht. Periode oft unregelmässig.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

I. Psychische Erkrankung mit 17 Jahren (1889), angeblich nach einem Schreck. Oft wechselnde Stimmung. Sonst nichts bekannt.

II. Anfall im Jahre 1892, Dauer ca. 4 Monate. Nichts Näheres bekannt, soll bald sehr erregt, bald sehr traurig gewesen sein.

III. Anfall 1892, 9 Monate dauernd; IV.: 1897; V.: 1899; VI.: 1903: Dauer 2 Monate: agitirte Melancholie, grosse Angst.

VII. Anfall 1904: vom 23. Juni bis 5. October in der hiesigen psychiatrischen Klinik.

Bei der Aufnahme sehr erregt, lacht, springt umher. Ausserordentlich ideenflüchtige Reden, gemeine erotische Ausdrücke. Nur sehr selten zu fixiren, Orientirung nicht vollkommen.

Gezierte, eigenthümlich schauspielerische Ausdrucksweise.

17. Juni. Etwas ruhiger, leicht zu fixiren.

(Wie heissen Sie?) L. L.

(Wie alt?) Ich bin 32 und 33 (lacht und singt). „Ich liebe zu sehr, ich hasse noch mehr, ich liebe den „G. E.“ (Name), den G. E. liebe ich, ich weiss nicht, wo ich da bin, Herr Doctor, Sie heissen doch P., wozu bin ich da, Herr Doctor, zieh er seine Schuhe aus!

(Was für ein Haus?) Das weiss ich, Jungherr, das weiss ich, Ritter — das weiss ich Lohengrin, o Lohengrin (singt).

(Was für ein Haus?) Haus heisst es nicht, Laus heisst es nicht.

Schaffen Sie mich heraus aus diesem Haus.

(Wann geboren?) Wann geboren? Das weiss ich nicht, na das weiss ich doch nicht. Ich bin auf einem Tisch geboren; was heisst? Geboren? Eselohren.

Orientirung leidlich. Sie höre furchtbar viele Stimmen „Die Hure“ und Aehnliches. Intelligenz, soweit prüfbar, gut.

28. Juni. Im Ganzen ruhiger, noch stark ideenflüchtig; sehr scherzhaft. Völlig orientirt. Hört noch viele Stimmen, aus denen sie nicht klug werde.

Oft Stimmungswechsel; Weinen, dann wieder sehr erregt.

Während des weiteren Verlaufes vom 11. Juli bis 4. October zeigte sich ein wiederholter Wechsel des Zustandsbildes im Sinne der manischen oder melancholischen Verstimmung, auch Mischzustände, wenn auch weniger deutlich wie später, kamen zur Beobachtung. Oft war ein mehrfacher Wechsel an einem Tage zu beobachten. In den depressiven Perioden traten die Angst und Hallucinationen des Gehörsinnes mehr oder weniger stark in den Vordergrund, in den manischen ein geziertes, schauspielerisches Wesen, Hallucinationen jedoch in geringerem Grade, und eine grosse Reizbarkeit, die auch während der melancholischen Phase öfters anhielt. Patientin wurde am 4. October 1904 mit Krankheitseinsicht geheilt nach Hause entlassen.

VIII. Anfall: 22. December 1905 bis 26. Januar 1906.

War in der Zwischenzeit vollkommen geordnet, hat Klavierunterricht gegeben und Handarbeiten für Geschäfte gemacht. Als sie eine Stelle bei einer Dame annahm, die etwas heftig war, hielt sie es nur 5 Tage aus. Zu Hause viel Misshelligkeiten, verdächtigt die Angehörigen, dass sie ihr nicht wohl

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wollen; fühlte sich vereinsamt, leicht deprimirt. Sie bekam häufiger Zank zu Hause, konnte nicht mehr schlafen und wurde deshalb am 22. December vom Vater wieder gebracht.

27. December. Plötzlich erregt, sehr erotisch. Heftiger manischer Anfall. Plötzlich während der Erregung Weinausbrüche.

2. Januar 1906. Wieder geordnet, ruhig, leicht zum Weinen geneigt.

26. Januar. Mit Einsicht entlassen.

IX. Anfall. 21. Juni bis 14. August 1906.

Am 21. Juni 1906 Aufnahme auf eigenen Wunsch.

Vollkommen orientirt, leicht deprimirter Zustand, sie fühle, dass wieder ein Anfall im Anzuge sei. Einsicht für das Krankhafte ihrer früheren Anfälle, weiss genau, wie oft sie krank war. Seit etwa einer Woche Unruhe, die sie nicht loswerden könne, keine Lust zur Arbeit, besondern Grund zur Angst habe sie nicht, der Kopf sei wie benommen. Sie habe schon draussen Stimmen gehört, es sei ihr, als ob Jeder, der im Haus an ihr vorbeigehe, auf sie schimpft. Gestalten habe sie nicht gesehen. Es habe im Zimmer gestern wie nach Leichen gerochen. Zu Hause habe sie mehrmals den Trieb gehabt, an der Thüre in die Höhe zu steigen oder sich auf die Erde zu legen, sich auszuziehen, hatte aber noch so viel Besinnung, es nicht zu thun, denn das wäre doch wahnsinnig gewesen.

Sagt plötzlich: „Herr Doctor werde ich nicht hingerichtet?“

(Warum?) Sie schreiben da soviel auf (weint). Ich glaube, ich werde die Eltern und Geschwister nicht mehr wiedersehen, ich bin diesmal so sehr krank“ (schluchzt laut auf).

24. Juni 1906. Gehemmt in Aeusserungen und Bewegungen.

Die körperliche Untersuchung ergiebt ausser einer geringen Pupillendifferenz nichts Abnormes.

Intelligenz, Gedächtniss in jeder Beziehung gut. Kenntnisse sehr gut.

24. Juni. Abends plötzlich erregt, laut, Ideenflucht, zorniger Affect.

25. bis 30. Juni. Andauernd höchste motorische Erregung mit besonderem Zornaffect, lebhafte Ideenflucht. Sehr erotisch; so weit zu fixiren, orientirt. Leicht abgelenkt.

1. Juli. 9 Uhr früh. Ganz ruhig, gehemmt, es ginge ihr nicht gut, sie hätte Herzschmerzen. Sagt, sie hätte an der Wand einen Zettel gesehen (Hallucination?), auf dem stand ein Vers: sie sagt einen Vers mit stark sexuellem Inhalt auf. Es falle ihr alles schwer, überlegt sehr lange bei Antworten. Macht sich Selbstvorwürfe über ihre ordinären Reden und Handlungen während der Erregung.

11 Uhr wieder sehr erregt.

2. Juli. Etwas ruhiger; am Tage wechseln öfters Zeiten von Erregung und Hemmung in kurzen Zwischenräumen.

Nachmittags: Still, gehemmt, verlangt zur Mutter, sie sei verstossen von den Eltern, sie hätte den Vater einmal mit dem Stuhl geschlagen, der Vater habe sie verflucht. Es sei wie bei der Kindesmörderin, sie werde von den Eltern verstossen. Depressiver Affect, Denkhemmung: sie müsse sich auf alles

Generated on 2019-02-17 16:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

erst lange besinnen. Dabei leicht abschweifend. Zeitlich ungenau orientirt, örtlich exact. An die Tage der Erregung hat sie nur eine summarische Erinnerung; sehr ablenkbar durch Sinneseindrücke.

3. Juli. Hemmung. Sehr verlangsamte Auffassung, wiederholt selbst die Fragen oder verlangt Wiederholung. Sehr zugänglich, ängstlich. Orientirung zeitig und örtlich exact. An die vergangenen Tage nur summarische Erinnerung. Es dauert sehr lange, ehe sie einfache Antworten giebt.

(Wo hier?) Königsberg nach 25″; $3 \times 9 = 27$ nach $^1/_2$ Minute. Kenntnisse ohne Störung.

Sie habe Angst, sie solle geköpft werden, sie sei von den Eltern verstossen; sie höre Stimmen, die es ihr sagen, sie habe auch geschlechtliche Unzucht mit sich getrieben. Sie habe Nachts an der Wand auch Gestalten gesehen, eine weisse Frau, ihre Grossmutter. Sie giebt spontan an, dass sie die Stimmen aus dem Vogelzwitschern höre. Aufgefordert, hinzuhören, sagt sie, sie höre: „Sie wird hingerichtet, sie war Gott", denn ich habe mich über Vater und Mutter gesetzt. „Giftig ist sie, sie weiss alles", „sie ist die Taube, der Kellner weiss alles".

Während Referent bei einer anderen Patientin steht, springt sie plötzlich erregt aus dem Bett und sagt mit ängstlichem, starrem Gesichtsausdruck: Doctor Dreyfus, wenn man den Deutschen Kaiser will umbringen, will ich ihn beschützen, Doctor Vogelewitz hat gesagt, vor der elektrischen Hinrichtung, ich weiss, was der Deutsche Kaiser mit der Barkany gemacht hat, man darf nicht kritisiren, das ist Hofsache. Deutschland soll ewig existiren, warum soll der Deutsche Kaiser und Zar umgebracht werden, ja, man hat es gesagt".

Nachmittags klinische Vorstellung: Schwer gehemmt, erschwerte Auffassung, Versündigungsideen. Plötzlich springt sie auf, und sagt: Jetzt ist mir ganz anders, jetzt ist mir gut. Das dauert etwa eine Minute, dann versinkt sie wieder in schwere Hemmung.

3. Juli 5 Uhr: Motorisch schwer gehemmt, Gesichtsausdruck gehemmt, Verlangsamung der Sprache, deprimirt. Depressive Ideen, Selbstvorwürfe. Verlangsamung und Dürftigkeit des Gedankenganges. Subjectives Gefühl des erschwerten Denkens, Ideenflucht. Stark ablenkbar durch Sinneseindrücke, Personenverkennung.

Intrapsychische Functionen.

Die Heilbronner'sche Bildchenmethode ergab ein schweres, längere Zeit erforderliches Erkennen, das jedoch immer zu Stande kam. Oft Ablenkung durch Sinneseindrücke und Hallucinationen. Verkennung der Bilder im Sinne ängstlicher Vorstellungen.

Z. B. Kirche VII: Tower (30″); Kirche VII: Leichenhaus (10″).

Unterschiede zwischen einzelnen Bildern, auch kleinere prompt angegeben, oft allerdings nach längerer Zeit(— 20″ und mehr). Aehnlich verhält sie sich beim Erklären complicirterer Bilder; leicht von einem Theil auf den anderen abgelenkt; bei forcirter Aufmerksamkeit nach längerer Zeit immer gute

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-google

Angaben; zunächst immer besseres Hervorheben der Einzelheiten als Gesammterfassen.

Bei der Ebbinghaus'schen Probe der Ergänzung zeigt sie neben der erheblichen Verlangsamung auch erhebliche Ausfälle; besonders fällt ihr die Uebersicht über einen ganz Satz schwer, so dass sie in diesem Sinne falche Ergänzungen macht.

Gedächtniss ohne Störung. Merkfähigkeit schlechter, aber auch leidlich.

Associationsprüfung.

(Schmetterling) Schmetterling, kleines Ding (15″).

(Frau) trau (3″).

(Weiss) Liebe (7″). Erklärung: weisse Liebe.

(Heilung) Theilung (17″); mein Herz pocht mir und dann sag ich Theilung: Ihren Lippen, Herr Doctor, sehe ich es an, „sie wird ersoffen".

(Wieso?) Ich weiss nicht; ich kann es nicht erklären.

(Fuss) Fuss (7″).

(Soldat) — (25″).

(Arzt) (2″) Arzt — mi berras (hebräisch) Schwangerschaft (10″).

(Knabe) (12″) Knabe — Zähne (Erklärung: Ihre Zähne, ich muss immer auf Ihren Mund sehen), Deshalb soll sie jetzt die Augen schliessen.

(Kinder) möchten, begehren (3″).

(Pfarrer) arbeiten (15″) Trauer.

(Salzig) Meer (7″).

(Knospe) — dann höre sie immer, „die Lihne, die war klug" wenn die Augen geschlossen sind, höre sie mehr Stimmen. Augen wieder geöffnet.

(König) König wollte (12″), Voltaire (3″), Voltaire stellt man sich so hässlich vor (5″), aber es regt zum Nachdenken an, die Hässlichkeit (5″).

(Loewe) 7″: Hand, Schand (Erkl.: —) 10″ später: brüllt.

(weich) 22″ — Gen Ayre, 5″ Eier.

Erkl.: ist englisch, ist die Else Hein aus Speichersdorf, ich habe es gesehen im Theater, es giebt eine solche in England — wo die Mutter immer gesagt hat, Du bist eine Hure und hat sie ausgesperrt (ganz langsam, zwischen einzelnen Gedanken immer mehrere secundenlange Pausen).

(schnell) 7″: Beil, Henkerknechte.

(Mensch) 10″: Mensch.

(Gesundheit) 15″; Vater, Papa, ehre Vater und Mutter, dass Du lange lebest (19″), das habe ich aber nicht gethan, da hat die Mutter gesagt, ich werde Dich verfluchen, dann wird es Dir nicht gut gehen.

(Befehl) 3″: Gehorchen musst Du.

(Licht): bleibt schuldig (19″) Licht — austilgen (30″ später) ausrotten, Rotte, Kotzen (5″) Mozart (5″). (langsam) — —

(Friede) 20″ möchte, möchte gern schlafen.

(bitter) ist der Tod (5″).

(Thal) und Höhen (4″).

(Wunsch) 10″; möchte wieder Vater und Mutter sehen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Sommer) 10″ Freuden. (Erkl.: Sommerfreuden.)

(Recht) 15″ Gnadenbrot (Gnade vor Recht!)

(Furcht) 4″: Gott im Himmel und auf Erden.

(Stadt) 15″: Stadt, Gebet in der Schlacht (5″, — ich habe ein Schwert, das bewegt sich, Melech Gavriel (hebräisch), Herr Funke, ich bin aufgeregt, sündige Flammen eitler Erdenlust.

(Sopha) 10″: niederlegen.

(Klugheit) 15″: ist List.

(hell) 6″: morden, ich werde geköpft.

(Kopf) sofort: ab.

(Treppe) (5″) Pantoffelheld. (Erkl.: Ich habe auf der Treppe einen Pantoffel verloren vor 2 Stunden.)

4. und 5. Juli. Anhaltend derselbe Zustand wie am 3. Juli.

6. Juli. Etwas freier, noch deutliche Hemmung, traurige Stimmung. Gedankenablauf in jeder Beziehung erschwert. Versündigungsideen: sie hätte den Eltern nicht gehorcht und auf sie geschimpft.

(Geköpft werden?) Ist etwas zweifelhaft, „sie höre es aber doch".

Viel Stimmen, immer aus Geräuschen. Gestalten nicht mehr.

7. Juli. Viel freier, bittet um Handarbeit. Noch Gefühl der Schwäche; in Bewegungen und Reden noch stark gehemmt. Starkes Krankheitsgefühl. (Stimmen?) Ja, noch. (Krankhaft?) Ja, wenn Sie mit mir sprechen und es sagen, so glaube ich, dass es Krankheit ist und eine Täuschung im Kopf ist; wenn ich aber allein bin, höre ich es so deutlich, dass ich es glauben muss. Jetzt bin ich überzeugt, dass es krankhaft sei und Täuschung. Sie höre das Zwitschern der Vögel deutlich und nebenbei die Worte ganz deutlich.

(Aufgefordert hinzuhorchen): Sie ist so schön — Jüdin. Die Gestalten hält sie für Täusohung.

Noch Versündigungsideen: Unzucht gegen sich selbst, schlecht gegen die Eltern, Angst.

(Geköpft?) Nein, das glaube sie nicht, das sei doch Unsinn.

Sie hat gute Erinnerung für die vergangenen Wochen, nur für die Zeit der Erregung etwas ungenau; spricht auch nicht gern darüber, Selbstvorwürfe über ihr Betragen. Hofft wieder ganz gesund zu werden. Eben als Referent weggeht, sagt sie: Eben habe ich von ihren Lippen „abscheulich" gehört. Sie haben den Mund so verzogen. Sie habe es ganz deutlich im rechten Ohr gehört. In ihrem Munde oder Kehlkopf keine Empfindungen bei den Stimmen.

2. Juli. Wieder ängstlicher. Viel Stimmen: Stimmen sind künstlich durch willkürlich erzeugte periphere Reize wachzurufen: z. B. (rhythmisches Aufstampfen mit dem Fuss) sie hört: Luft, Luft, Luft, Du wirst Kaiser, Du wirst Kaiser, Du wirst Kaiser, Du wirst Kaiser (im Rhythmus des Klopfens).

(Die elektrische Bahn fährt vorbei) sie hört: Sie ist die Mörderin.

Sie sagt: es muss doch eine Täuschung sein, eine Einbildung.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Uhr am Ohr) sie hört: Du wirst ermordet, der Leichenzug, der Leichenzug, der blinde Kopf, der blinde Kopf, der blinde Kopf, der Leichenzug, die Trauer kommt, die Trauer kommt, die Trauer kommt (im Schlag der Uhr).

10. Juli. Nachts ein heftiger manischer Erregungszustand.

12. Juli. Früh gehemmt. Aengstlich. Sie könne nichts für die Aufregung in der Nacht. Selbstvorwürfe.

12. Juli. Hört sehr viel Stimmen.

Motorisch gehemmt; sehr langsame Bewegungen, aufgehobene Glieder werden erst allmälig niedergelassen. Keine echte Flexibilitas. Maskenartig gespannter Gesichtsausdruck mit wenig Mimik. Sehr ängstlich, Versündigungsideen. Gehemmter Gedankengang, alle Reactionen sehr verlangsamt. Auffassung nicht schlecht, Neigung Kleinigkeiten hervorzuheben. Combinationsfähigkeit leidlich, nur verlangsamt. Bezeichnung von Gegenständen langsam; oft deutlich erschwerte Wortfindung. Kenntnisse und Urtheil, soweit es nicht mit ihren Wahnideen in Beziehung steht, ungestört.

Aufmerksamkeit für kurze Zeit sehr gut, jedoch nur geringe Zeit bei einem Gegenstand zu erhalten. Bei der Kraepelin'schen i-Prüfung zunächst eine ganze Anzahl hinter einander richtig, dann plötzlich mehrere Zeilen ausgelassen, dann wieder richtig u. s. w. Die Prüfung nimmt unverhältnissmässig viel Zeit in Anspruch.

Ideenflucht in sehr langsamem Tempo, zum Theil associatives, zum Theil sensugen bedingtes Abschweifen. Beispiel (gelegentlich des Photographirens): Mir ein Bild, wissen Sie, Schönheit ist vergänglich, Schönheit ist Sünde, sie sind Melech Gavriel, ich habe ein Schwert über mir, sehen Sie Simson soll man seine Haare nicht abschneiden, das sind Sie auch (deutet auf des Referenten lange Haare), der L. hat sie abgeschnitten, der hat einen kahlen Kopf, ich werde geköpft, die Binde vor den Augen, ich hoffe nichts, ich habe zu viel geliebt — —

Sehr stark ablenkbar durch Gesichts- und besonders Gehörseindrücke, sie müsse auf alles achten; „warum liegt da viel herum, ich muss alles sehen". Sie hört zufällige Geräusche, die der Untersucher gar nicht bemerkt. Subjective Uebererregbarkeit der Sinne.

Objectiv keine Hyperästhesie des Acusticus nachweisbar.

Sehr viel Hallucinationen des Gehörs; durch periphere Reize noch lebhafter hervorgerufen; siehe darüber Protokoll hinten S. 473. Sie sitzt, während sie auf die Hallucinationen horcht, mit hintenüber gebeugtem Kopf mit ängstlich-exstatischem Gesichtsausdruck da.

14. Juli. Etwas freier, gewisse Einsicht in das Krankhafte ihrer Idee, sie werde wohl nicht geköpft, das sei wohl Unsinn; die Stimmen seien Einbildung. Gewisse Euphorie.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachts 14./15. Juli. Manische Erregung.

16. Juli. Früh tief deprimirt; grosse Angst. Sie habe auch Angst, ohne dass sie Stimmen höre; zum Theil ganz unbestimmte Angst, zum Theil vor dem Gedanken geköpft zu werden. Fühle sich sehr krank. Sie habe gestern schiessen gehört.

3 Uhr Nachmittags: Freierer Eindruck, lächelt. Die Gedanken seien confus, die Stimmen Einbildung. Höre jetzt auch Stimmen, habe keine Angst davor.

5 Uhr: Wieder stärker gehemmt; sehr ängstlicher Gesichtsausdruck. Angst vor der Zukunft, weil sie keine Ruhe finde. „Ich habe meinen Vater verflucht und Unzucht am eigenen Körper getrieben, das ist etwas Entsetzliches; da muss man enthauptet werden, sie merke es zwischen ihren Brüsten".

(Wie merken Sie das?) „Ich merke, dass die Füsse auseinandergehen und der Kopf niedriger wird und die Lehne des Stuhls wird anders (Pause von ca. $^1/_2$ Minute), wir haben einmal einen Klavierstuhl gehabt und der war ohne Lehne (Pause) und da war eine Schraube und ich habe doch immer vor den Sachen Angst im Laboratorium, da ging ich doch zu Herrn Doctor, da habe ich doch die ganze Stadt beschimpft — — (Sitzt wie geistesabwesend da): dass ich so faul war im Leben, ich habe gedacht — (längere Pause) — ja, Sie haben mich so erschreckt, Herr Doctor. (Wieso kommen Sie darauf, dass Sie geköpft werden sollen?) Weil damals in Frankreich Carnot geköpft wurde, bilde ich mir ein, dass ich den Deutschen Kaiser köpfen soll.

(Ein Vogel zwitschert) sie hört: Thut beten.

„Ja, Herr Doctor, zu wem soll ich beten, ich habe meinen Vater geschlagen, der ist doch mein ganzer Gott; ich habe doch gesagt, ich verachte ihn, kann ich da zu Gott beten?"

Weiteres Protokoll über Hallucinationen s. hinten S. 473.

16. Juli. Nachmittags 6—8 Uhr. Manischer Anfall; sehr erregt, nicht zu fixiren.

17. Juli. Früh schwer gehemmt. Depression.

18. Juli. Bei der Visite anfangs still, deprimirt; plötzlich springt sie mit lachendem Gesicht auf und sagt in lebhaftem Tone: Herr Professor, ich will Ihnen ein Räthsel aufgeben, wer ist ein grösserer Held, Sie oder Bismarck? — Sie sehen Bismark ähnlich — ich liebe Schiller, Turandot. (Sehr zornig.) Wozu sind Sie eigentlich da? Sie wollen mich heilen? Sie Herr Professor (in hönisch überlegenem Tone). — Wissen Sie, der Kronprinz Rudolf und die Vetsera, ich kenne die Sache, das war ein Freund von Prinz Wilhelm, Sie sind der Kronprinz Rudolf, Herr Professor.

Sehr erregt, schlägt um sich, spuckt den Arzt, gegen den sie sonst sehr freundlich war und schreit, sie wolle nichts mehr von ihm wissen, sie ist nicht zu fixiren. $^1/_2$ Stunde später liegt sie still da; deprimirt; Gesichtsausdruck gehemmt, starr, doch die Augen eigenthümlich leuchtend; Wangen geröthet. Antwortet wenig, langsam. Versündigungsideen. Dazwischen plötzlich wie ein Blitz auffahrend mit einer scherzhaften Bemerkung und hellem

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auflachen, dann wieder deprimirt, gehemmt, fast stuporös, antwortet gar nicht. Kurze Zeit darauf in sehr langsamem, trübem Ton: Darf ich befehlen, Herr Doctor? Da möchte ich geköpft werden. Einen Moment darauf zornig, mit lebhaftesten Geberden hervorstossend: Wozu sind Sie eigentlich da? Ich möchte Sie alle köpfen (mit schadenfrohem Ausdruck) und ihre Köpfe auf die Pfeiler stecken. — Turandot — — (weiter in sehr schnellem Tempo mit deutlichen, meist inhaltlichen ideenflüchtigen Anknüpfungen) — (sehr vergnügt): Mir geht es sehr gut, ich bin sehr glücklich — (traurig): Was soll das ganze Leben, was hat das für einen Sinn, giebt es einen Gott? Schliesslich wieder tiefe Depression.

In mittlerer motorischer Erregung, vergnügter Stimmung, vergnügter Gesichtsausdruck, Reactionen langsam, doch mit schneller Sprache, subjectiver Gedankengang etwas erschwert.

(Vater?) —

(Tinte) Flüssigkeit (2″).

(Brot) Leichnam (7″).

(Kopf) Herz (7″) (zwischen den Brüsten).

(Lampe). Augen verbunden (12″), bei der Guillotine muss man die Augen verbinden, wenn die Augen verbunden sind, kann man doch das Licht nicht sehen, horch die Glocken hallen dumpf zusammen, denn der Zeiger hat vollbracht den Lauf, das bin ich, Herr Doctor, glaube ich (etwas affectirt traurig).

(Papier) Die Judsche. (Erkl.: da schmiss ich mal einen Zettel hin, als mir die Schwester von Funke gesagt hat: die Judsche.)

(Buch) Mose (5″).

(Zahn) Zunge (5″). (Erkl.: Ich habe eben mit der Zunge die Zähne berührt.)

(Ofen) Verbrennung in Gotha (7″); ich denke, ich komme lebendig in den Ofen hinein.

(Frosch) Lessing, Laokoon, Schlangen, Mäusekrieg (schnell hintereinander) Katakomben in Rom.

(Faust) (17″) Dr. Str., der kann man einen hinrichten, denn da ist doch einer hingerichtet worden, in der Tamnausstrasse, da hatte er doch eine Nervenklinik.

(Reh) Eichhörnchen (7″). (Erkl.: setzt sich dem Reh auf den Rücken).

(Kochen) (5″) wer weiss, woher die Liebe stammt (singend) (Erkl.: da hab ich das Buch zerrissen, das mir Herr Dr. St. geschenkt und hab es in den Herd geschmissen, das Lied war in einem Notenbuch gedruckt, doch nicht in dem in den Ofen geworfenen.)

(Blume) Festungswall (12″). Erkl.: Da haben wir Blumen abgepflückt und sollten festgenommen werden.

(Reiten) in die Hölle (sofort).

(Schneiden) Kopf abschneiden (sofort).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Vogel) Heinrich Vogelet sagte die Brodschneidemaschine sieht aus wie die Guillotine (sehr schnell).

Patientin ist sehr stark ablenkbar; beim Benennen von Bildern giebt sie an: sie sähe mit beiden Augen Verschiedenes (sagt: „Kiekst mit dem linken Auge in die rechte Westentasche").

I-Probe: immer zunächst alle, dann eine Reihe überschlagen, dann wieder prompt u. s. w. Unterscheidung feiner Unterschiede für den Moment gut. Benennung von Gegenständen im Ganzen prompt. nur öfter 4—5 Secunden dauernd, anknüpfend, ideenflüchtig z. B. (Messer): Du warfst mit die Lymphe, der Spass, mit dem Messer am Arm, der Spassvogel war ich.

$^1/_2$ Stunde später in lebhafter manischer Erregung, schneller Gedankenablauf; schnelle Sprache; schnelle Ideenflucht; vergnügte Stimmung, schreibt mit grösster Geschwindigkeit acht Seiten eng voll. Daraus Einzelnes: „Ich stand auch am Fenster und schaute mit vergnügtem Sinn in den Himmel hinein. Ach, sagte Herr Doctor Hilbert, mach auf den Hals. Nun, so sei es denn, immer in Gottes Namen, Grabgefährten, brecht zum Beichtstuhl auf. Die Juden dürfen keine Götter, die Juden dürfen keine Abbildungen machen von den Göttern. Ach, wenn man nicht in den Himmel kommt, der Himmel ist hoch, der Zar ist weit; und Gott sei dann Dein Hirt, denn es muss auch Huren und Dirnen geben, die nichts von was verstehen. Ich wollte keinen deutschen Kaiser hinrichten, aber wenn ich höre, dass man Carnot ermordet hat, so kommt mir vor, dass ich den deutschen Kaiser hinrichte, aber der Gedanke allein hat den deutschen Kaiser noch nicht hingerichtet, aber Herr Director Meschele sagen: Nein, Fräulein Sie haben nicht dieselbe Krankheit wie Ihr Onkel, der — horch die Glocken hallen dumpf zusammen; ich werde aber den deutschen Kaiser, denn der Zeiger hat vollbracht den Lauf (von hallen an durchstrichen). Ich stand am Fenster, Katakomben zu Rom. Nun so sei es denn, Nenne in Gottes Namen Grabgefährten brecht zum Richtplatz auf, der Zar ist hoch, im Himmel ist Rudolf Erzherzog von Oestreich-Ungarn mit Baronesse V, V, V, Vetsaria haben sich erschossen — — Nachher fährt sie in derselben Schreibweise in lebhaften Selbstanklagen fort wegen ihres Benehmens gegen die Eltern und schildert ihre Unterhaltungen mit dem Vater. Schliesst mit: Können Sie mir wohl verzeihen? Auf der letzten Seite steht dann:

Meine Mutter sagte immer,
Mädchen, Du wirst täglich schlimmer,
Auf den Strassen und zu Haus
Kuckst Du nach den Männern aus.
Dein Benehmen macht mich böse,
Du benimmst Dich skandalöse,
— — — — — — — — — —
Ach, lieber Fritz, komm, nimm mich,
Ein schönes Mädchen bin ich.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

16. Juli Vormittags. Sehr wechselnde Zustandsbilder. Nach einer motorischen Erregung mit euphorischer Stimmung plötzlich: Hören Sie, Herr Doctor, der Hus wird lebendig verbrannt, weil er keine Religion hat, ich glaube an Gott. Viel Hallucinationen, die mit der Stimmung ihren Inhalt wechseln. (Siehe Protokoll S. 475.)

Deprimirt, schwer ängstlicher Gesichtsausdruck, lebhafte Sprache: „Ach Gott, Herr Doctor, der David nimmt die Harfe von der Wand und will die Schwermuth des König David verbannen, ach Gott, Herr Doctor“ — — plötzlich sehr lebhaft, leuchtende Augen, gehemmte Gesichtszüge, nicht ängstlich, wie begeistert: freudige Hallucinationen; (auf die Frage: was sagen die Vögel?) Die Vögel, die Kraniche des Ibicus, kennen Sie das? Augiasstall. Geiz ist die Wurzel alles Uebels (plötzlich traurig werdend, schnell weiter sprechend) Herr Doctor, ich bin so geizig (Pause), aber es ist so schön gewesen, behüt Dich Gott, es hat nicht sollen sein. Hallucinationen traurigen Inhalts.

(Uhr an's Ohr gehalten) sagt langsam mit tieftrauriger Miene: Gott, Herr Doctor, wenn Sie doch nicht immer nach der Zeit gehen werden — — die Aegypter haben doch eine Sonnenuhr — Sie verwirren mich, Herr Doctor, nehmen Sie die Uhr fort — babylonische Verwirrtheit.

Manisch, lebhaft, schnell: Wozu brauchen Sie Papier? Die ägyptische Königstochter, ist der Dreyfuss schon raus aus dem Gefängniss, hören Sie, wo ist die Maria Stuart, mir gefallen die Jesuiten, Johanniter, Maltheser und alle gehen zum Kreuzzug. „Wie Du es erreichst, ist Nebensache, aber dass Du's hast“ — — — u. s. w.

Sie soll etwas vorlesen: zunächst eine Zeile schnell richtig, knüpft aber an verschiedene Worte ideenflüchtig an; dann lässt sie Zeilen aus und liest wieder richtig.

Soll einen Artikel über Verdeutschungsbücher vorlesen. — Nachdem sie die Ueberschrift gelesen, fängt sie an in einem gebrochenen Deutsch zu sprechen (wie der Riccaut in Lessing's Minna spricht); dieser Zusammenhang wird erst später klar, als sie bei den Worten „Deutscher Sprachverein“ sagt: „Deutscher Sprackverein“ und fortfährt: Riccaut, ich liebe den Lessing, „o was die deutsch Sprak für ein arm Sprak, für ein plump Sprak“. — Bei dem Worte Brander: Brander, Brandes, Brantes, Brautkleid, Herr Doctor, wissen Sie? Weissensee bei Berlin — — — —

19. Juli. Sie ist leicht deprimirt, hat keine rechte Erinnerung daran, dass sie Mittags so sehr aufgeregt war; während sie ein sehr feines Gedächtniss für Einzelheiten früherer Untersuchungen und Aeusserungen des Arztes hat.

(Ob sie sich sehr heiter während der letzten Zeit fühle?) Ja, die Heiterkeit käme von innen.

Plötzlich sagt sie ganz unvermittelt schnell, mit ängstlichem Gesichtsausdruck: „Wie sagte Herr Funke? Ich bin so aufgeregt, sagte er, Fräulein, wenn Sie baden gehen, lassen Sie die Beine herunterhängen, da kamen Sie und sagten: ich habe ein Schwert, das bewegt sich, ich werde Ihnen mal den den Kopf herunterschlagen; ich hab es verdient. Ich bin verloren, ich bin

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schuldig, ich habe den Vater verflucht und gegen die Mutter den Stuhl erhoben, das wird nie vergeben; ich bin so schlecht".

20. Juli. Nachts ruhig geschlafen, früh leicht erregt. Sie spricht in lebhaftem Tone, ihre Augen glänzen, leicht zornig, schlägt: Ich werde nicht spucken (es ist ihr vor einigen Tagen gesagt worden, sie solle dies nicht thun), vielleicht aber doch, man kann es nicht wissen. Was wollen Sie denn, Sie wollen mich heilen, ich bin gar nicht krank. Ich kann ihre Stimme nicht hören, die ist abscheulich und ihren Schritt, der ist grässlich, das stört mich, gehen Sie weg ——(in lebhafter Ideenflucht weiter, ohne dass Fixirung möglich ist).

Sehr oft schlägt die vergnügt-zornige Stimmung in Traurigkeit um; eben noch stösst sie, schlägt und sagt: Ich bin schlecht, ich bin gern schlecht, das ist fein so schlecht sein, — dann plötzlich matt daliegend — Ach, Herr Doctor! — dann manisch erregt weiter. Hallucinirt viel.

21. Juli. Patientin ist wesentlich freier; fühlt sich etwas besser, noch keine echte Krankheitseinsicht, hört noch Stimmen.

22. Juli. Leicht deprimirter Gesichtsausdruck, aber häufig von einem Lächeln überzogen. Krankeitseinsicht. Die Stimmen seien Einbildung in ihrem Kopfe, das sehe sie wohl ein. Sie höre sie aber so deutlich wie gesprochene Worte; macht über die Natur derselben die gleichen Angaben wie vorher. Sie ist etwas traurig, dass sie die Eltern soviel Geld koste und dass sie immer krank sei. Die Versündigungsideen von früher seien Unsinn. Noch etwas empfindlich für Geräusche; auch habe sie noch sehr viel Gedanken im Kopfe, sie müsse an alles denken. Man solle ihr doch Arbeit geben.

1. August. Wesentlich freier; noch etwas labile Stimmung. Krankheitseinsicht. Hallucinationen erklärt sie für Täuschung. Die Stimmen hatten sie aufgeregt und angestrengt. Noch ab und zu Gehörshallucinationen.

15. August. Vom Anfall geheilt nach Hause entlassen.

Protokolle über die Gehörshallucinationen.

I. Beeinflussung der Hallucinationen durch periphere Reize.

Es wurden verschiedenartige Reize angewandt, sowohl des Gehörs wie der anderen Sinne. Patientin wurde angewiesen, zu sagen, was sie höre; sie gab jedesmal den Reiz richtig an, ausserdem die hallucinirten Empfindungen. Es werden der Kürze halber nur Beispiele für jede verschiedenartige Reaction angeführt. Abweichungen vom gewöhnlichen Typus sind alle verzeichnet.

Gehörreize.

(Tiefe Stimmgabel): Dumm, Mörder, dumm (bei jedem Anschlag ein Wort).

(Hohe Stimmgabel 1mal angeschlagen): bimm (Ton ausserdem deulich gehört, kann ihn nachmachen).

(wiederholt angeschlagen)

⏑ ⏑ ⏑	bimm,	bimm	bimm
– – –	bimm,	bimm,	bimm
	bimm,	bimm,	bimm
– ⏑	–	⏑	⏑

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Klopfen auf den Tisch)

Rachen Rachen Rächer Du wirst frech

(Tiktak der Wanduhr) Kopf bist Mörder Kopf bist Mörder

langsames Tempo — — — — — — — —

(langsames entsprechendes Tempo)

(Klopfen) ich bin tot ich bin tot ich bin tot

Pfeifen: Lippe Frau Lippe Frau Lippe Frau

hohe Töne tiefer Ton

dies die Frau dies die Frau dies die Frau

höhere Töne tiefer Ton

(als vorher)

(Faradischer Hammer) — Schreck, Schreck, Schrrrrreck, Schrrrrreck (ich bin mal in der Schreckenskammer gewesen), Schrrrrrrrrreck, Schrrrrrrrrrreck); (elektrische Hinrichtung, da schrieb doch Dr. Vogelewitz den Brief aus Amerika, da kam es heraus, da sagte er: wissen Sie, was der Deutsche Kaiser mit der Barkany vorhat, das hat mich sehr aufgeregt.)

(Hört von draussen). Nichts ist — es ist nichts so fein gesponnen, es kommt doch an die Sonnen, Sie sind der Melech Gavriel, Herr Doctor, Herr Funke, ich habe ein Schwert, das bewegt sich.

(Sehr schnelles, gleichmässiges Klopfen.) Du bist der Rächer, Du bist der Rächer, thu doch besser, Du bist der Rächer (im selben schnellen Rhythmus).

(Dumpfer Ton) Pause dumm (Pause) dumm — u. s. f.

(Vögel): Thut beten, Sire, thut beten Sire, thut beten Sire, sie war die Lerche, sie kommt in den Circus. — Delirium, sie zankte sie, sie wird hingerichtet, sind nicht schuldig.

(Plötzlich aufgedrehter Wasserhahn.) Du wirst rufen, Du kommst in's Wasser.

(Dauernd Wasserlaufen.) Du hoffst Jesus, thut beten, sie kommen zum Briefträger, sie ist die Decke, sie muss köpfen.

(Herr Doctor, sind Sie nicht der Melech Gavriel, ja Sie sind es nicht wahr, Herr Doctor, ich hab ein Schwert, das bewegt sich). Helle elektrische Glocke:

Leuten Pause Dirn — Dirn — Dirn — Dirn —

Köpf die Dirn Köpf die Dirn Köpf die Dirn

Lichtreize.

Rhythmisch vor die Augen gebrachter Lichtschein erzeugt Gehörhallucinationen im Rhythmus des Reizes. Mit verschiedenen Farben sind nicht verschiedene Hallucinationen hervorzurufen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Geruch und Geschmacksreize erzeugen keine Hallucinationen.

Hautempfindung: Mit der Nadel im Tact (sie fühlt es nach ihrer Angabe und hört zugleich im Ohr).

gestochen bist bist du bist bist du bist bist du

(Rhythmische Berührungen) bist bist du bist bist du bist bist du

Lange Berührung durch Streichen
der Hand, dann Pause Freiheit Freiheit Freiheit

Berühren Du wirst köpfen Du wirst köpfen

Du wirst köpfen

Beim Stechen mit einer Nadel

Stich Pause | – + | die + Schan + de + warst + Du + sie +

ist + die + Verlobung

Die Stimme beim Stechen fühle sie zwischen den Brüsten, von der Hand geht es in die Brust.

Stechen Klug war sie ja gewiss klug war sie ja gewiss

Ja, er verachtet dich, ja er verachtet dich

Bewegungsreize.

(Bei Schluckbewegungen im Rachen, die sie fühle aber nicht höre). Ich wollte gern heirathen, ich wollte heirathen.

(Beim Nachmachen vorgemachter
Mundstellungen

(O) O so komm (habe nichts in ihren Lippen gespürt, sie höre es aus den Lippen des Arztes).

(B) Brumm-bär (zwischen den Lippen des Arztes).

(d) Igel hat es gern, Dach, Dach, Dach.

(m) mba, mba, mba, mba, mba.

Einige spontane Hallucinationen.

(Sie hört am rechten Ohr): Du warst Schande, Du warst frech (kein äusseres Geräusch).

(Hört weiter): Hoffe sie nicht, Rafka thut beten. Sie höre es von der rechten Seite, dort ist Niemand, aber das Ohr geht bis dorthin und vernimmt (auf Befragen so deutlich wie Menschenstimmen); es spräche es Niemand. (Localisirt die Stimmen ganz genau.)

(Hört weiter). — Du kommst in Keller, du schwarze Laus (kein Geräusch dabei).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Woher kommt das?) Ich weiss nicht, das ist mein unruhiges Gemüth.

(Kommen Sie von aussen?) Ja, von aussen in's Ohr hinein.

(Steht dort einer?) Nein, aber hinter dem Schranke, zwischen Schrank und äusserer Wand kommen die Stimmen her.

Bei zugestopften Ohren höre sie weniger Stimmen, höre sie dann fast nur rechts im Ohr, komme zwischen den Beinen her und ziehe in's rechte Ohr. Im Rachen höre sie „ich wollte ficken". Der Rachen habe sich dabei bewegt: ferner: Ich wollte Gurken, ich wollte heirathen. (Gehen vom Rachen in's Ohr.)

II. Beeinflussung der Hallucinationen durch die Stimmung.

Die Beispiele entstammen dem Protokoll einer einzigen Stunde, in der die Stimmung sehr häufig wechselte, Hallucinationen sehr zahlreich waren.

Motorisch erregt, vergnügte Stimmung.

(Vögel): Du wirst siegen, Du wirst siegen, Du wirst siegen . . . . sie liebt ihn, sie liebt ihn, sie liebt ihn . . . . Die Freude ist sie, die Freude ist sie . . . .

(Klopfen): Gast, Gast, Gast (mit leuchtenden Augen, manischer Ausdruck).
doch, doch, doch,
Du wirst Göttin sein.

Umschlag in leicht depressive Stimmung: „Hören Sie, Herr Doctor, der Huss wird lebendig verbrannt, weil er keine Religion hat, ich glaube an Gott".

(Vögel) — Der Leichenzug, der Leichenzug, der Leichenzug. Geliebt ist sie . . . . . .

Plötzlich schwer ängstlicher Gesichtsausdruck: Ach Gott, Herr Doctor, der David nimmt die Harfe von der Wand und will die Schwermuth des König David vertreiben, ach Gott, Herr Doctor, dann umschlagend sehr lebhaft, leuchtende Augen.

(Vögel): Die Taufe war sie, Du warst die Freude, Du warst die Freude...

In tiefer Depression:

(Vögel): Köpfet sie, köpfet sie . . . . .

Sie ist das Gift, sie ist das Gift, sie ist das Gift . . Sie kommt in den Tigel, sie kommt in den Tigel, sie kommt in den Tigel . . .

III. Angaben der Patientin über die Hallucinationen.

Sie spricht einmal von „lauten Stimmen" und „Stimmen"; als laute Stimmen bezeichnet sie die wirklichen Wörter. Nachher sagt sie, die Stimmen seien so laut, wie das wirklich Gesprochene. Aeussert niemals, dass die Stimmen wirklich von Menschen kämen, leugnet es auf Befragen. Glaubt jedoch, dass sie von draussen kämen; eben „aus den Vögeln". Näher kann sie sich darüber nicht äussern. Sie unterscheidet sie von den gesprochenen Worten. ohne jedoch den Unterschied irgendwie angeben zu können. Sie sagt zum Beispiel nie, der Arzt habe es gesagt, wenn sie von ihm ausgehend Stimmen hört, sondern es käme von den Lippen des Arztes. Niemals Bewegungsgefühle im Munde oder Kehlkopf.

Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Auf den Einwand, es könne Täuschung sein: Ich höre sie doch so deutlich, wie wenn sie sprechen. Zu Zeiten der Besserung giebt sie sie als Täuschung zu, aber nur so lange der Arzt da sei und es ihr sage. Wenn sie allein sei, höre sie sie so deutlich, dass sie sie für wirklich halten müsse. — Das Geräusch höre sie immer deutlich neben den Stimmen. Die Stimme ist meist lauter als das Geräusch; wenn das Klopfen aufhöre, hören die Stimmen auf. Ebenso wenn sie Referent stark ansieht oder ihr sonst etwas, das anzieht, vor Augen kommt. Sie müsse aber auf die Stimmen achten, die lenken sie von allem ab. Sie hört auch viel Stimmen, ohne Geräusch. Augenschluss vermehrt die Stimmen, Ohrenverstopfen ändert nichts Wesentliches.

Wenn wir die vorliegende Krankengeschichte in ihren Hauptzügen betrachten, so haben wir ein typisches Bild des manisch-depressiven Irreseins vor uns. Die Krankheit hat, wie so häufig, in der Pubertätszeit begonnen; dem ersten Anfall sind weitere, zunächst in längeren Zwischenräumen von zwei oder mehr Jahren gefolgt, bis schliesslich zwischen dem VII. und VIII. noch ein Jahr und zwischen dem VIII. und dem zuletzt beobachteten nur 5 Monate freie Zwischenzeiten blieben. Manische Attaken wechselten mit melancholischen; schon in den früheren Anfällen scheinen, soweit darüber aus den geringen Nachrichten, die ich darüber besitze, etwas auszusagen ist, die manischen und depressiven Episoden innerhalb eines grösseren Anfalles häufig sich abgelöst zu haben. Dieser Wechsel ist dann in dem VII., VIII. und IX. (letzten) Anfalle ganz aussergewöhnlich stark hervorgetreten. Schon die Curve des VII. lässt ein mehrfaches Schwanken von Depression zur Exaltation innerhalb eines Tages erkennen, im letzten Anfall schliesslich ist ein Wechsel von Stunde zu Stunde, ja ein mehrfaches Schwanken innerhalb einer Stunde zur Beobachtung gekommen.

Die verschiedenen Zustandsbilder gingen mehr oder weniger plötzlich in einander über; während bei den tagweisen Schwankungen meistens die Tage die Depression und die Nächte die Exaltation brachten und der Uebergang häufig durch eine Zeit des Schlafes vermittelt wurde, überfiel bei den schnell wechselnden Anfällen die manische Erregung die eben noch in tiefster Depression befindliche Patientin mit der Plötzlichkeit eines Blitzes. Die Depressionen waren gewöhnlich von etwas längerer Dauer, abgesehen von gewissen langdauernden manischen Episoden, die gewöhnlich sich als grosse Tobsucht darstellen und am Anfang lagen oder den Schluss des Anfalles bildeten, von dem eine geringe Depression zur Gesundheit hinüberführte. Auch die heftigen manischen Attacken am Anfang wurden häufig durch eine ganz leichte Depression eingeleitet, in der Patientin selbst die Empfindung hatte, dass ein erneuter Ausbruch der Erkrankung zu erwarten sei.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized

Das manische Zustandsbild zeichnete sich durch Vorwiegen des Zornaffectes und des erotischen Momentes aus, die Erregung stieg manchmal bis zu einer Höhe, die die Annahme einer Bewusstseinstrübung wahrscheinlich machte, für die auch die schlechte Erinnerung (für manche sogar fast völlige Amnesie) der Patientin an diese Zeiten spricht. In den melancholischen Zuständen stand neben schweren Versündigungsideen das Symptom der Angst sehr im Vordergrund; gleichzeitig traten oft massenhafte Hallucinationen von einem eigenthümlichen Charakter auf, auf die wir später noch zu sprechen kommen. Im Uebrigen wiesen die längerdauernden manischen oder depressiven Zustande auch die übrigen für sie charakteristischen Symptome auf; so ging die manische Erregung mit oft sehr starker Ideenflucht, gehobener Stimmung, Personenverkennung einher, so war die psychomotorische und intrapsychische Hemmung andererseits im melancholischen Stadium ausserordentlich ausgesprochen. Doch schon hier fiel oft ein nur momentanes Aufleuchten irgend eines Symptomes, das eigentlich der entgegengesetzten Phase entsprach, sehr bemerkenswerth auf. Am auffälligsten war diese Vermischung der beiden Phasen der Erkrankung in den stündlichen Schwankungen. Es war hier fast willkürlich, ob man ein Zustandsbild der Melancholie oder Manie zurechnen wollte, so eng vermischt waren die differenten Symptome.

Wir besitzen über diese Mischzustände, die theoretisch zweifellos interessantesten Formen des manisch-depressiven Irreseins eine schöne, sich auf ein grösseres Material stützende Untersuchung von Weygandt (21). Von den verschiedenen Möglichkeiten, die durch Combination der drei Paar von gegensätzlichen Symptomen der Manie und Melancholie (gehobene — depressive Stimmung; psychomotorische Erregung — Hemmung; Ideenflucht — Denkhemmung) gegeben sind, hat dieser Autor, abgesehen von der reinen Manie und reinen Depression drei Krankheitsbilder als häufiger beobachtet und auch practisch wichtiger hervorgehoben und sie durch charakteristische Krankheitsgeschichten belegt:

1. den manischen Stupor (Kraepelin): manische Stimmung — psychomotorische Hemmung und Denkerschwerung;

2. die agitirte Depression: Depressive Stimmung — psychomotorische Erregung und meist auch Ideenflucht;

3. die unproductive Manie: manische Stimmung, psychomotorische Erregung — Denkerschwerung und Denkhemmung.

Neben diesen Hauptformen kommen nach Weygandt auch die anderen möglichen Mischungen gelegntlich vor; ja, die Variationsmöglichkeit wird noch grösser durch die qualitativen Differenzirungen innerhalb der einzelnen Symptome selbst; indem z. B. die Psychomotilität theils

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hemmung (cfr. Weygandt's Fall, S. 13), theils Erregung aufweisen kann.

Für diese Vielgestaltigkeit des Bildes ist unser Fall ein schönes Beispiel; es kamen für kurze Zeiten die verschiedensten Mischungen zur Beobachtung und gerade diese Differenzirung innerhalb eines Symptoms war oft sehr charakteristisch. So fand sich häufig ein Gegensatz zwischen den Schreibbewegungen und der sonstigen Motilität, so zeigte die Gesichtsmuskulatur gelegentlich schwere Hemmung bis zur maskenartigen Unbeweglichkeit, während ein gleichzeitiges Leuchten der Augen die Erregung kundgab, so konnte nicht selten gleichzeitig gehobene Stimmung untermischt mit depressiven Ideen beobachtet werden. Besonders bei plötzlichen Umschlägen kam es zu derartigen Zustandsbildern.

Es schien oft, als wenn die einzelnen Gebiete nicht mit der gleichen Geschwindigkeit sich dem neuen Zustande anpassen konnten und noch eine Zeit lang die Richtung der früheren Phase innehielten. Es war hierfür besonders instructiv eine ganz kurz dauernde Episode, die sich plötzlich aus einer tiefen Depression entwickelte (3. Juli), wo an Stelle der motorischen Hemmung lebhafte Erregung trat, dabei sehr lebhaft vorgebrachte Ideenflucht, während der depressive Inhalt des Vorgebrachten das Fortbestehen der angstvollen Stimmung anzeigte, worauf auch der ängstliche gehemmte Gesichtsausdruck hinwies.

Ganz besonderes Interesse musste aber eine Mischung erwecken, die bei Weygandt noch keine Erwähnung gefunden hat, die sich aber auch schon aus dieser Möglichkeit der Differenzirung innerhalb eines Symptomes ergiebt und der für unsere theoretische Anschauung eine grosse Bedeutung zukommen dürfte; das ist die Verbindung von Gedankenhemmung und Ideenflucht. Es kam dadurch ein Zustandsbild zu Stande, das von der Manie nur die Ideenflucht (und Ablenkbarkeit) aufwies, in allen seinen anderen Zügen aber der Depression glich und gelegentlich nur kurze Zeit, oft aber auch mehrere Tage in gleicher Weise anhielt. (3., 4., 5., 12., 16. Juli). Jedoch wich die Art der Ideenflucht in gewisser Weise von der bei der gewöhnlichen Manie ab, worauf später noch eingegangen werden soll. Durch die Störung auf intrapsychischem Gebiet unterschied sich das Zustandsbild von dem gewöhnlichen manischen Stupor, mit dem es andererseits neben vielen anderen Punkten auch durch die hochgradige Ablenkbarkeit, die Weygandt für diesen als etwas Gewöhnliches bezeichnet, übereinstimmt. Besonders von Wernicke (20) ist die Anschauung vertreten worden, dass einer Erschwerung des Denkens und der motorischvn Vorgänge das Auftreten von Versündigungsideen und depressiver Stimmung entspricht Aus der „Selbstwahrnehmung der erschwerten Willensthätigkeit" entsteht

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

für Wernicke (S. 345) „das subjective Insufficienzgefühl", dessen Folge „der Kleinheitswahn oder das Selbstanklagedelir" (S. 346) ist. Die Depression ist danach also ein Bewusstwerden der Hemmung, steht in Abhängigkeit von ihr oder ist wenigstens der Ausdruck derselben intrapsychischen Störung. Schon der gewöhnliche manische Stupor, bei dem ja, wenn wir die psychomotorische Hemmung als weniger bedeutend ausser Betracht lassen, meist Denkerschwerung besteht, zeigt, dass diese Annahme nicht allgemein richtig ist, mehr noch die Zustände von Ideenflucht mit depressiver Stimmung, wie sie Weygandt in einem Fall (S. 15) und auch wir gelegentlich (18. Juli) bei unserer Patientin beobachten konnten.

Schliesslich besteht manchmal nicht einmal Uebereinstimmung zwischen dem Inhalt der Ideen und der Stimmung, deren Verknüpfung man doch als sehr eng zu betrachten pflegt.

Gelegentlich kamen mitten in mancher Stimmung bei unserer Patientin depressive Ideen zum Vorschein und umgekehrt; sie erschienen wie Ueberbleibsel aus der früheren Stimmungslage. Immer war es zu Zeiten, in denen ein Wechsel der Stimmung, mit der die Ideen sich meist auch änderten, sehr häufig und schnell vorkam. Ein derartiges häufiges Schwanken der Stimmung zwischen beiden Affecten, das weit seltener ist, wie der Stimmungswechsel innerhalb derselben Affectlage, ist auch von Weygandt beobachtet (Fall VIII) worden.

Die Stimmung, der inhaltliche Gedankenverlauf, wie er in der Denkschnelligkeit und Leistungsfähigkeit zum Ausdruck kommt, der formale Vorstellungsverlauf, als dessen Störung die Ideenflucht aufzufassen ist, und schliesslich die herrschenden Ideen, alle diese Leistungen, die man auf intrapsychische Vorgänge zurückführen kann, können, so häufig sie auch homologe Störungen zeigen, bis zu einem gewissen Grade unabhängig von einander gestört sein uud sich sogar gelegentlich gegensätzlich verhalten. Man kann sie wohl also kaum als die Wirkungsweisen ein und desselben Grundvorganges betrachten. Unsere Anschauungen über diese Verhältnisse sind noch so unklar, dass zunächst garnichts Sicheres darüber auszusagen ist. Jedoch müssen ähnliche Beobachtungen, wie die angeführten, zu einem Studium gerade dieser Vorgänge veranlassen und versprechen vielleicht einmal die Möglichkeit eines Einblickes in diese complicirten psychischen Geschehnisse.

Sehr deutlich kommen die verschiedenartigen Zustände oft in den schriftlichen Aesserungen zum Ausdruck; so zeigte sich die Differenz

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der schnell wechselnden Zustände sowohl in der Schriftform, der Geschwindigkeit und Grösse wie im Inhalt des Geschriebenen. Sehr instructiv war dann die Incongruenz zwischen Inhalt und Schriftform in den Mischzuständen, lebhafte flotte Schrift bei depressivem Inhalt und umgekehrt. Ein besonders charakteristisches Schriftstück derart sei hier wiedergegeben (siehe Figur 1). Betrachtet man es seiner Form



Figur 1.

nach, so wird es wohl jeder Unbefangene für das Skriptum eines Manischen halten, die malende Schrift, die sich nicht an eine Linie hält, die vielen Schnörkel und Verzierungen, der Schwung, der die ganze Schrift durchzieht, tragen deutlich den manischen Charakter an sich. Trotzdem ist das Schriftstück nicht in motorischer Erregung entstanden; zwar zeigte Patientin sonst lebhaften Bewegungsdrang, ihre Schrift war aber langsam, sodass man sie darin nur als gehemmt bezeichnen konnte. Zu dieser Mischung zwischen manischen und depressiven Zügen kommt die äusserlich am meisten auffallende Differenz zwischen den manischen Zügen und dem depressiven Inhalt, der voller Selbstanklagen und ängstlicher Vorstellungen ist.

Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Die Mischzustände verdienen theoretisch wie practisch ein grosses Interesse.

Das vorliegende Krankheitsbild kann bei rein symptomatischer Bezeichnung zu verschiedensten Zeiten die verschiedensten Namen erhalten; immer handelt es sich aber um die Mischung einer gewissen beschränkten Anzahl von Grundsymptomen, deren Zusammengehörigkeit zu einer einheitlichen Erkrankung kaum deutlicher erwiesen werden kann, als durch einen derartigen Fall. Jede andere Erklärung hiesse den Thatsachen Gewalt anthun.

Wie wir uns psycho-physisch die Grundstörung vorstellen sollen, dazu fehlt uns noch jeder Anhaltspunkt, doch können wir Weygandt nur beistimmen, wenn er (S. 5) als das Charakteristische des gesammten Krankheitsbildes „eine Störung im Sinne der Labilität auf dem Gebiet des Affectes, der Psychomotilität und des Denkprocesses" betrachtet. Auf die practische Bedeutung der Mischzustände, auf die Weygandt am angeführten Ort hingewiesen hat, soll hier nicht näher eingegangen werden.

Ein auffallendes Symptom ist in unserem Falle noch zu verzeichnen, das ist das Vorherrschen der Sinnestäuschungen. Zwar sind diese besonders in den melancholischen Zuständen des manisch-depressiven Irreseins nicht so sehr selten, wie man noch häufig lesen kann. In dem Maasse, wie sie unser Fall aufweist und in der Selbständigkeit, in der die Hallucinationen zum Theil bei unserer Patientin auftraten, sind sie jedoch sicherlich für die uns vorliegende Erkrankung nicht gewöhnlich. Sie zeichnen sich auch durch Eigenthümlichkeiten aus, auf die in einem besonderen Abschnitt eingegangen werden soll.

Zunächst soll aber die Frage der Ideenflucht behandelt werden.

Ideenflucht und Ablenkbarkeit.

Die Ideenflucht der Patientin zeigte einige Eigenthümlichkeiten, die besondere Erörterung verdienen, weil sie geeignet erscheinen, zur Klärung der immer noch strittigen Frage nach der Grundstörung der Ideenflucht etwas beizutragen.

Zunächst ist das Auftreten von Ideenflucht bei schwerer motorischer Hemmung bemerkenswerth. Aehnliches ist von Kraepelin (Lehrbuch S. 399) erwähnt und von Heilbronner und Liepmann (15) beobachtet worden. Auch Weygandt (l. c.) beschreibt einen hierhergehörigen Fall in seiner Monographie (S. 14). Besonders Heilbronner und Liepmann haben auf Grund solcher Beobachtungen sich gegen die principielle Bedeutung, die Aschaffenburg (1) der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

motorischen Erregung für das Zustandekommen der Ideenflucht zuschreibt, ausgesprochen. Es kann wohl kaum einen besseren Beweis gegen diese Aschaffenburg'sche Anschauung geben, als unseren Fall. Während häufig bei so schwerer Hemmung die eventuell bestehende Ideenflucht verdeckt wird und wir darüber nur aus den späteren Aeusserungen der Patienten erfahren (cf. Kraepelin l. c.), gelang es bei unserer Patientin auch bei schwerster Hemmung, die bis zur völligen Regungslosigkeit und Andeutung von Flexibilitas führte, die Ideenflucht im Associationsexperiment wie in gelegentlichen, besonders auch schriftlichen Aeusserungen nachzuweisen.

Ganz besonderes Interesse musste es aber erwecken, dass gleichzeitig mit Ideenflucht nicht nur motorische, sondern auch intrapsychische Hemmung bestand. Eine „Associationsstörung im Sinne der Erleichterung" (Heilbronner, S. 281), wie sie von verschiedenen Autoren als Grundlage der Ideenflucht angenommen wird, war sicher nicht vorhanden, im Gegentheil, wie gesagt, eher Erschwerung des Associationsvorganges.

Unsere Beobachtung wich also auch in dieser Beziehung von der gewöhnlichen Ideenflucht ab, und die Auffassung von der intrapsychischen Hyperfunction bei der Ideenflucht war für gewisse ideenflüchtige Zustände unserer Patientin nicht gerechtfertigt, sie konnte also auch nicht das Wesentlichste für das Zustandekommen der Ideenflucht überhaupt sein.

Musste ich so die gebräuchlichen Anschauungen über die Ideenflucht als nicht ausreichend betrachten, so brachte mir die grundlegende Arbeit Liepmann's über die Ideenflucht, die wohl für lange den Ausgangspunkt jeder weiteren Forschung auf diesem Gebiet darstellen wird, auch eine Aufklärung für meine Beobachtung. Das Verhalten unserer Patientin dürfte einen Beleg von seltener Deutlichkeit für die Richtigkeit der principiellen Auseinandersetzungen dieses Autors darstellen.

Ehe ich das an den Einzelheiten unseres Falles darthue, möchte ich noch etwas näher auf die Liepmann'schen Anschauungen eingehen, da ich ihnen nicht in allen Punkten beistimmen kann.

Auf Grund einer Analyse des geordneten Denkens ist von Liepmann der Kern der Ideenflucht in einer Störung der Aufmerksamkeit dargethan worden. Infolge der Unbeständigkeit seiner Aufmerksamkeit ist der Ideenflüchtige nicht im Stande, die Obervorstellungen, die das geordnete Denken beherrschen, festzuhalten und schweift von einer Vorstellung auf die im Associationsmechanismus am meisten begünstigte ab oder folgt der Ablenkung durch einen Sinneseindruck. „Ideenflüchtig nennen wir also eine Vorstellungsfolge, wenn von den im Aufmerksam-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keitsfelde einander folgenden Vorstellungen das Auftreten einer jeden in der associativen Verwandschaft zu der vorhergehenden oder einem intercurrenten Sinneseindruck ihren Grund hat" (S. 48). Aber nicht jede Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit führt zur Ideenflucht, das Verhalten des unaufmerksamen Imbecillen nennen wir nicht ideenflüchtig, sondern interesselos[1]). Damit Ideenflucht zu Stande kommt, muss zur Unbeständigkeit noch eine erhebliche Energie der Aufmerksamkeit hinzukommen, die überhaupt das Ergreifen von Vorstellungen oder Sinneseindrücken und damit Flucht der Ideen ermöglicht.

Ist aber, die Richtigkeit dieser Ausführungen zugegeben, damit die Annahme einer gesteigerten intrapsychischen Leistung, wie sie von anderer Seite betont wird, beseitigt, ist sie unnöthig? Wie verhält es sich ferner mit der Frage, ob beim Ideenflüchtigen in der Zeiteinheit mehr Vorstellungen auftreten und ob abgesehen vom Tempo überhaupt mehr Vorstellungen auftreten? Ersteres giebt Liepmann zu. „Die Associationszeit ist zwar nicht verkürzt, aber darum ist sein schnelles Denken kein Trug", wie Aschaffenburg und Kraepelin besonders meinen: „es passiren thatsächlich seinen (des Ideenflüchtigen) Blickpunkt mehr verschiedene Objecte in der gleichen Zeit" (l. c. S. 66), d. h. seine Aufmerksamkeit ist in der gleichen Zeit mehr differenten Objecten zugewandt. In diesem Sinne stellen viele Manische in gleicher Zeit mehr vor, als der Gesunde, stellen also schneller vor". Liepmann hat damit die viel umstrittene Frage nach dem Tempo der Ideenflucht endlich einer Klärung zugeführt. Das mehr Vorstellen ist ihm aber, sofern ich ihn richtig verstehe, ausschliesslich eine Folge der Aufmerksamkeitsstörung; auch seine Definition der Ideenflucht enthält ausschliesslich das Moment der Aufmerksamkeitsstörung. Zwar läugnet er nicht eine „leichtere Erregbarkeit der Vorstellungen", die

1) Wenn übrigens Forster (6) in seinem Vortrage auf der XI. Versammlung mitteldeutscher Psychiater, der mir allerdings nur im Referat vorliegt, die sogenannte mangelhafte Aufmerksamkeit der Imbecillen als die Folge der Vorstellungsarmuth hinstellt, so ist das wohl nur in sehr bedingtem Maasse gültig und man könnte es ebenso gut umkehren. Die Vorstellungsarmuth ist doch etwas Secundäres, die zum Theil auf einer mangelhaften Aufnahmefähigkeit des Gehirns beruht, nicht zum mindesten aber auf einer Minderentwicklung jener höchsten psychischen Fähigkeiten, welche wir unter dem Namen des Interesses populär zusammenfassen und die einen nicht wegzuleugnenden psychischen Thatbestand darstellen, der ganz isolirt geschädigt sein kann, wie ich an anderer Stelle zeigen konnte (7). Gerade die Störung dieser höchsten apperceptiven Function kommt als Unaufmerksamkeit zum Ausdruck.

Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

besonders Wernicke und Ziehen betonen, aber er meint diese Erleichterung nicht in dem Sinne, „dass b, wenn es gesucht wird, schneller auf a folgt, sondern dass b ungesucht in den Blickpunkt tritt, unter Umständen, unter denen es beim Gesunden im Hintergrunde des Bewusstseins bleibt und, dass b wahrscheinlich auch über die Schwelle tritt unter Umständen, unter denen es beim Gesunden unter derselben bleibt". (S. 68.) Es besteht für Liepmann nur eine Erleichterung des Auftretens von Associationen im „Kampfe um die Aufmerksamkeit", auch die Erleichterung ist auf die Aufmerksamkeitsstörung zurückgeführt, ist nur durch einen Fortfall von beim Gesunden bestehenden Hemmungen bedingt; also keine eigentliche Hyperfunction, sondern nur Erleichterung der normalen Function. Ich glaube, dass diese Annahme von Vorstellungen, die beim Gesunden unter der Schwelle bleiben und beim Manischen hervortreten, ein Problem verdeckt; jedenfalls ist meiner Meinung die Aufmerksamkeitsstörung allein nicht im Stande, das Auftauchen so gewaltigen ideenflüchtigen Associationsmaterials, wie wir es bei der ausgesprochenen manischen Ideenflucht beobachten, zu erklären: Sonst müsste der Gesunde wenigstens willkürlich, indem er absichtlich die Herrschaft der Aufmerksamkeit ausschaltet, ideenflüchtige Reihen produciren können. Das ist nun keineswegs der Fall. Ich halte es für absolut zweifelhaft, ob uns überhaupt so vieles einfällt, wie dem Manischen; ich habe meist gefunden, dass bei fortlaufendem Associren sich bald ein Stocken einstellt und dass das, was producirt wurde, wohl auch Ideenflucht, meist aber einfache Aufzählungen von Eigenschaften und Aehnliches und häufig Wiederholungen zeigte. Ich glaube vielmehr, dass beim Manischideenflüchtigen eine Fülle von Associationen auftauchen (der Erkenntnisswerth derselben kommt nicht in Betracht), die der Gesunde auch beim besten Willen nicht aufzubringen vermag.

Auch Heilbronner betont (l. c. S. 281), dass es „nicht einmal der Psychiater, dem für die Wahl des Materials doch Anhaltspunkte gegeben wären, im Stande sei, ohne Uebung auch nur einige Minuten lang einen einigermaassen flotten maniakalischen Rededrang zu produciren".

Noch klarer geht dies aus den schönen experimentellen Untersuchungen Stransky's (19) hervor. Beim einfachen Drauflosreden entstehen keine einfach ideenflüchtigen Ergüsse, sondern vorwiegend verbigeratorische Wiederholungen; die Ideenflucht tritt jedenfalls in den Hintergrund. Und gerade bei diesen Versuchen ist die Bedingung, die nach Liepmann zur Ideenflucht führen soll, nach Möglichkeit hergestellt. Die Aufmerksamkeit ist möglichst ausgeschaltet; die Versuchspersonen sind darauf angewiesen, dem Gesprochenen ihre Aufmerksamkeit nicht

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zuzuwenden, „was den verwendeten, durchweg intelligenten Personen auch stets gelang“ (l. c. S. 13).

Die Aufmerksamkeitsstörung kann also wohl kaum allein als Ursache für die hohen Grade manischer Ideenflucht betrachtet werden. Es ist mir am wahrscheinlichsten, dass zwar die Aufmerksamkeitsstörung das Wesentliche zum Zustandekommen der Ideenflucht ist, dass man daneben aber auch „eine Associationsstörung im Sinne der Erleichterung“ (Heilbronner, l. c. S. 281) wenigstens für die hohen Grade wird anerkennen müssen. Die Liepmann'sche Darstellung enthält, von dem Autor allerdings wohl in anderem Sinne verstanden, einen sehr charakteristischen Ausdruck für diese Erleichterung, indem der Autor von einem ungesuchten in den Blickpunkt Treten spricht (S. 68). Es ist vom Subject aus betrachtet kein activer Vorgang, sondern ein passiver, ein Associationszwang. So wird es ja häufig von den Patienten empfunden und geschildert. Dieses zwangsmässige Ergriffenwerden kann auf den Beobachter leicht den Eindruck einer, wenn auch nur momentan, gesteigerten Aufmerksamkeit machen. Das mag Ziehen dazu veranlasst haben, von einer Hypervigilität der Aufmerksamkeit (l. c. S. 85)[1]) der Manischen zu sprechen. In ähnlichen Fällen nimmt auch Liepmann eine beträchtliche Energie der Aufmerksamkeit beim ideenflüchtigen an. Aus der Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit allein ist die manische Ideenflucht eben nicht zu erklären; es muss noch ein zweites Moment hinzukommen[2]); nur möchte ich dies nicht wie Ziehen und Liepmann in einer Anomalie der Aufmerksamkeit, sondern in dem Zwang, den gewisse überwerthige psychische Erlebnisse auf die Aufmerksamkeit ausüben, sehen. Zwar ist eine gewisse Lebhaftigkeit der momentanen Aufmerksamkeit der Manischen unbedingt zuzugeben[3]) gehört doch die gute

1) Dass diese Annahme allerdings nicht, wie Kraepelin und auch Aschaffenburg gegenüber Ziehen hervorheben, die Thatsache der leichteren Ablenkbarkeit, der „Unfähigkeit, der Aufmerksamkeit zu concentriren“ (Aschaffenburg l. c. S. 358) widerspricht, hat schon Liepmann hervorgehoben. Er betont mit Recht die Nothwendigkeit einer Unterscheidung zwischen Beständigkeit und Energie der Aufmerksamkeit, die isolirt, ja, im entgegengesetzten Sinne geschädigt werden können.

2) Kraepelin und Aschaffenburg führen hier die psychomotorische Erregung ein, deren Bedeutung wir schon vorher als unwesentlich für die Ideenflucht bezeichnen mussten.

3) Auch unsere Patientin war für kurze Zeit recht aufmerksam. So konnte sie z. B. geringe Unterschiede ähnlicher Figuren prompt angeben; andererseits

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auffassung und Fixirbarkeit zu den charakteristischen Zeichen der manischen Erregung, sofern sie nicht excessive Grade erreicht. Ob sie aber grösser ist, als beim Gesunden, wagt auch Liepmann (l. c. S. 51) „mangels jeder Messmöglichkeit" nicht zu entscheiden. Jedenfalls erscheint sie mir nicht ausreichend zur Erklärung der Ideenflucht und besonders der Ablenkbarkeit, bei der wir auf diese Frage nochmals zurückkommen müssen.

Dass die erwähnte Associationsstörung nicht unbedingtes Erfordernis ist, darauf scheint nun unsere Beobachtung hinzudeuten, und darin liegt ihre principielle Bedeutung.

Unsere Patientin bot Ideenflucht in einem Zustande zweifelloser intrapsychischer Hemmung: Die Associationen folgten auch in den ideenflüchtigen Reihen mit sehr langen Zwischenzeiten (von 5 und mehr Sekunden) auf einander; im Associationsexperiment zeigte sich eine verhältnissmässig grosse Zahl von Ausfällen und einfachen Wiederholungen des Reizwortes.[1]) In ihren Reden fiel gelegentlich die häufige Wiederkehr gleicher Ausdrücke, ja ganzer Sätze auf; wenn das im allgemeinen nicht so hervortrat, so war daran ihre gleichzeitig bestehende psychomotorische Hemmung Schuld, die überhaupt längere Aeusserungen verhinderte.

Dass aber die ganze Störung nicht etwa auf die psychomotorische Hemmung allein zurückzuführen war, das zeigte zunächst der Umstand, dass die Dürftigkeit der Vorstellungen, im besonderen die Wiederholungen auch bei motorischer Erregung und schneller Ideenflucht, vielleicht sogar in diesem Zustande am deutlichsten in Erscheinung traten. Dafür sprach ferner die erwähnte qualitative Minderwerthigkeit ihrer Aeusserungen, — als solche darf man wohl die erwähnten Reactionen und die stereotypen Redensarten auffassen — besonders aber die Schilderung, die die intelligente Patientin von ihrem

war die Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit sehr ausgesprochen. Sie klagte selbst darüber, dass sie unaufmerksam sei, dass sie nicht bei einem Gedanken bleiben könne. Besonders bei der Kraepelin'schen Aufmerksamkeitsprüfung kam der Gegensatz zwischen Unbeständigkeit und momentaner Energie der Aufmerksamkeit gut zum Ausdruck. In den ersten 1—2 Zeilen machte sie fast nie einen Fehler, bald aber liess sie ganze Zeilen aus, um wieder, zur Aufmerksamkeit aufgerufen, zunächst fehlerlos fortzufahren.

1) Man könnte denken, dass diese Reactionen durch die Abgelenktheit durch die Sinneseindrücke und Hallucinationen bedingt waren; zum Theil ist das auch der Fall, aber nur zum ganz geringen Theil, darüber gab Patientin ganz präcise Auskunft. Die Associationsstörung ist also nur ganz unwesentlich eine secundäre im Sinne Ziehen's (l. c. 91).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zustande gab. Sie empfand ihn als Defect im Denken, das Denken würde ihr schwer; auch einfache Rechenaufgaben könne sie jetzt nur mit Mühe und nach langer Ueberlegung lösen u. a., es falle ihr nichts ein, das sei ganz anders wie früher. Trotzdem zeigte sie deutliche Ideenflucht; jedenfalls lassen Beispiele wie die folgenden darüber keinen Zweifel. So reagirte sie z. B. im Associationsexperiment in einem dauernd schwer gehemmten Zustande auf Licht: bleibst schuldig (10"), Licht — austilgen (30"), ausrotten, Rotte, Kotzen (5"), Mozart (5"); auf König: König wollte (12"), Voltaire (3"), Voltaire stellt man sich so hässlich vor (5"), aber es regt zum Nachdenken an, die Hässlichkeit (5"); ähnlich ihre Reaction auf eine an's Ohr gehaltene Uhr: Gott, Herr Doctor, wenn Sie doch nicht immer nach der Zeit gehen würden — die Aegypter hatten doch eine Sonnenuhr, Sie verwirren mich, Herr Doctor, nehmen Sie die Uhr fort, Gott, Herr Doctor, babylonische Verwirrung.

Wir haben hier gewissermassen die Aufmerksamkeitsstörung allein vor uns ohne die Combination mit dem Reizsystem der intrapsychischen Hyperfunction. Die spontanen Reden der Patientin ähneln weit weniger den Reden manisch-ideenflüchtiger als den Ergüssen der normalen Personen in den erwähnten Stransky'schen Versuchen, bei denen ja auch nur der Defect künstlich erzeugt wird, nicht das Reizsymptom, das wir bei der hochgradigen manischen Ideenflucht als bestehend annehmen.

Der Unterschied der beiden Arten der Ideenflucht bei intrapsychischer Hemmung und Erregung kam bei unserer Patientin in den verschiedenen Zuständen manchmal recht schön zum Ausdruck. So knüpfte sie zum Beispiel in einer manischen Episode kurz nach den oben angeführten Aeusserungen im Anschluss an die Uhr an das Schreiben des Referenten folgende Reihe an, die eine weit grössere Fülle von Associationen zeigt, als die vorhergehende; „Wozu brauchen Sie Papier? Die äpyptische Königstochter, ist der Dreyfus schon aus dem Gefängnis, hören Sie, wo ist die Marie Stuart, mir gefallen die Jesuiten, Johanniter, Maltheser, und alle gehen zum Kreuzzug, „wie Du es erreichst, ist Nebensache, aber dass Du's hast" u. s. w.

Andererseits fand auch die Verbindung von intrapsychischer Hemmung und Ideenflucht bei psychomotorischer Erregung bei unserer Patientin gelegentlich einen charakteristischen Ausdruck, indem die Patientin weit mehr als gewöhnlich producirte, z. B. acht Seiten hintereinander in grösster Schnelligkeit vollschrieb. Zweifellos war dies ein Ausfluss der psychomotorischen Erregung. In diesem Sinne kann man Aschaffenburg nur beistimmen; der motorischen Erregung kommt für

Generated on 2019-02-17 16:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

die Ideenflucht eine Bedeutung zu, die nicht zu vernachlässigen ist; nur stellt sie nicht das principielle Moment dar. Das geben übrigens wohl auch alle Gegner der Aschaffenburg'schen Lehre zu. Unser Beispiel zeigt in den häufigen Wiederholungen gleichzeitig die Folgen der Dürftigkeit der intrapsychischen Vorgänge; es fehlte eben die intrapsychische Hyperfunction, die bei der reinen manischen Ideenflucht erst zu dem gewaltigen Ansturm von Associationen führt[1]).

Neben den erwähnten Ursachen werden für die Ideenflucht noch andere Momente in Betracht gezogen; so besonders die Ablenkbarkeit durch Sinneseindrücke, die bei der Manie oft sehr ausgesprochen ist. Allerdings giebt es Autoren, die die Ablenkbarkeit von der Ideenflucht trennen wollen, so Heilbronner in der mehrfach erwähnten Arbeit, der besonders hervorhebt, dass ja gewisse Beziehungen zwischen Ablenkbarkeit und Ideenflucht bestehen (S. 279), dass aber beide Erscheinungen auch ganz unabhängig von einander auftreten und dass die Ablenkbarkeit auch genetisch der Ideenflucht nicht ohne weiteres gleichgesetzt werden dürfe (S. 279). Auch in seinen neuen Ausführungen auf der letzten Versammlung der Psychiater zu München, über die mir nur ein Referat vorliegt, hat er sich ähnlich geäussert. Für Liepmann dagegen gehören Ideenflucht und Ablenkbarkeit zusammen; die Ablenkbarkeit, die die sensugene Componente der Ideenflucht liefert, erweist sich schon dadurch zur Ideenflucht gehörig, dass sie aus „ein und derselben Wurzel, wie diese hervorgeht, der Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit" (S. 47). Sie kommen „nicht nur empirisch neben einander" vor, sondern sind „Ausflüsse einer und derselben elementaren Störung" (S. 47). Ideenflucht ist „innere Ablenkbarkeit".

Ich habe mich nicht überzeugen können, dass die Auffassung der Ablenkbarkeit als Aufmerksamkeitsstörung so „allgemein anerkannt" ist, wie Liepmann annimmt (S. 46), und kann sie auch nicht für allgemein richtig halten.

So hatte Wernicke eine ganz andere Auffassung der Ablenkbarkeit, die mir gerade für unseren Fall besonders annehmbar erscheint. Er bezeichnet das Symptom bekanntlich als Hypermetamorphose und sieht in ihr „einen Zwang, von den Sinneseindrücken Notiz zu nehmen", der seine Erklärung findet in der „Annahme einer gesteigerten Erregbarkeit der Organempfindungen, sodass die ihnen innewohnende Eigenschaft, die

1) Dass übrigens die Gegensätze nicht so klar hervortreten, liegt daran, dass auch unser Beispiel aus der manischen Periode nicht rein ist; Patientin hatte eben selten reine Zustände und die mächtige Ideenflucht in der ausgesprochenen manischen Tobsucht war leider nicht zu fixiren.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aufmerksamkeit in Anspruch zu nehmen, schon bei schwächeren, sonst unbeachteten Sinnesreizen zur Geltung kommt. (S. 212).

Aehnliche Anschauungen vertritt auch Heilbronner sowohl in seiner erwähnten Arbeit (S. 289) wie auch wieder neuerdings in seinem Vortrage auf der letzten Psychiaterversammlung. Allerdings hält er es für wahrscheinlich, dass die Ablenkung zum Theil eine secundäre Folge des Rededranges sei und dass „bei einem Missverhältniss zwischen auf dem Wege der Association geliefertem Material und motorischem Drange" (S. 288) „einfach aus Eindrücken der Umgebung Material für den Inhalt des Rededranges" gewonnen wird; diese Auffassung ist auch für ihn nur unter den besonderen Bedingungen, nämlich denen der herabgesetzten associativen Leistung gerechtfertigt; besonders auf Grund der Selbstaussagen eines Kranken hat er sich andererseits für die Wernicke'sche Auffassung erklärt und bezeichnet das Symptom als psychische Hyperästhesie. (S. 289).

Unsere Patientin war vermöge ihrer Intelligenz und guten Selbstbeobachtung besonders geeignet über die Empfindungen, die sie im Zustande der grossen Ablenkbarkeit hatte, die übrigens für ihre Ideenflucht keine grosse Rolle spielte, Auskunft zu geben.

Ihre Aeusserungen sind im Sinne dieser Wernicke'schen Anschauung sehr charakteristisch. Sie empfand es unangenehm, dass sie auf alle Geräusche achten müsse; dieses „Müssen" kam ihr lebhaft zum Bewusstsein und erweckte unangenehme Gefühle in ihr. Wie überempfindlich für Geräusche sie war, zeigte die gelegentliche Aeusserung: „Ich kann Ihren Schritt nicht hören, der ist grässlich, das stört mich." Aehnlich war ihr die Stimme des Arztes „abscheulich". Sie hörte die Schritte mit „unangenehmer Schärfe".

„Warum liegt da soviel herum, ich muss alles sehen", sagte sie ein andermal mit sichtlichem Unbehagen und gab damit ihrer starken Ablenkbarkeit durch optische Reize Ausdruck. Ich glaube, dass das Symptom, von dem die Kranke eine derartige Schilderung gab, wohl kaum besser als als „psychische Hyperästhesie" bezeichnet werden kann. Allerdings konnte es sich möglicher Weise auch um einfache Hyperästhesie der Sinnesorgane handeln, die Wernicke scharf (S. 213) von der Hypermetamorphose getrennt wissen will. Besonders konnte der unangenehme, fast schmerzhafte Gefühlston, der die Hyperästhesie begleitet, zu einer derartigen Annahme verleiten. Es ist ja etwas Gewöhnliches, dass ein Sinnesreiz, wenn er über eine gewisse Grösse ansteigt, Schmerz erzeugt. Man kann sich aber ohne Schwierigkeiten dasselbe auch für die psychische Hyperästhesie vorstellen. Andererseits liess sich objectiv jedenfalls wenigstens für den Gehörsinn, für den die Ablenkbarkeit am

Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

grössten war, keine periphere Hyperästhesie feststellen. Wir besitzen bekanntlich in der Reaction des Gehörsnerven auf galvanische Reize seit Brenner's Untersuchungen (3) ein Mittel, um eine Hyperästhesie desselben festzustellen. Jolly (11) hat eine derartige Hyperästhesie bei lebhaft hallucinirenden Kranken nachweisen können. Unsere Kranke, bei der, wie wir noch sehen werden, Hallucinationen von ausserordentlicher Lebhaftigkeit bestanden, wies jedoch keine Zeichen einer Hyperaesthesia acustica auf. Auch bestand keine besondere Feinhörigheit. Patientin selbst empfand ihre Störung auch weniger als abnorm feines Unterscheidungsvermögen, als als verstärktes Afficirtwerden, sodass die Annahme „einer gesteigerten Erregbarkeit, eines dauernden Reizzustandes der wahrnehmenden Elemente" (Wernicke S. 214) gerechtfertigt erscheint.

Die Hyperästhesie der Perceptionsfläche wird uns später bei Behandlung der Hallucinationen der Patientin wieder begegnen. Durch diesen Zusammenhang wird die hier vertretene Anschauung noch mehr an Beweiskraft gewinnen.

Die Liepmann'sche Annahme einer Aufmerksamkeitsstörung bei der Ablenkbarkeit ist jedoch keineswegs damit einfach als unrichtig erwiesen. Gewiss spielt sie eine Rolle dabei. Ob die einfache psychische Hyperästhesie überhaupt schon zur Ablenkbarkeit führt, vermag ich nicht zu entscheiden; es ist mir aber nicht sehr wahrscheinlich. Man könnte eher denken, dass die stärker erregte Empfindung stärker haften bliebe. Der schnelle Wechsel der Empfindungen, das Fliegen von einem Gegenstand zum anderen ist mit der psychischen Hyperästhesie noch nicht erklärt. Hier muss wohl die Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit hinzutreten.[1]) Andererseits scheint es mir nicht gerechtfertigt, die Rolle der Hyperästhesie einfach durch die grosse Energie der Aufmerksamkeit zu ersetzen, wie Liepmann es sich wohl vorstellt. Es ist kein Eingreifen der Eindrücke durch die Aufmerksamkeit, die hier vorliegt,

1) Bei Individuen ohne die psychische Hyperästhesie besteht zweifellos eine directe Beziehung zwischen Güte der Aufmerksamkeit und Ablenkbarkeitsgrösse. So konnte ich früher zeigen, dass bei der Merkfähigkeitsprüfung die Möglichkeit der Ablenkbarkeit durch intercurrente Reize bei Individuen mit schlechter Aufmerksamkeit grösser ist, als bei solchen mit besserer (l. c. S. 135). Die Ablenkbarkeit wird aber auch hier nur dadurch erzielt, dass man gewisse Eindrücke künstlich überwerthig macht; die Zwischenreaction nimmt zweifellos die Psyche mehr in Anspruch als das frühere Merkobject. Also auch hier tritt zum Zustandekommen der Ablenkbarkeit zur Aufmerksamkeitsstörung eine gewisse Hyperfunction hinzu; aber dieser ablenkende Reiz ist um so bedeutungsvoller, je schlechter die Aufmerksamkeit ist.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sondern die Aufmerksamkeit spielt hier gewissermaasssen eine passive Rolle. Liepmann sagt zwar, „ob man sagt, die Aufmerksamkeit wendet sich einer Vorstellung zu, ich lenke meine Aufmerksamkeit auf sie oder die Vorstellung bemächtigt sich meiner Aufmerksamkeit, so sind das nur verschiedene Ausdrucksweisen für einen und denselben Thatbestand", ich kann dem aber nicht völlig beistimmen. Zwar hat Liepmann recht, wenn er ausführt, dass wir den Thatbestand „in seiner Dynamik wirklich zu begreifen noch völlig ausser Stande sind." Besonders gilt dies für die normalen Vorgänge, die auch hier weit schwerer zu analysiren sind, als pathologische, die gewisse Einzelheiten besser hervorheben und so dem Blickpunkt des Verständnisses näher bringen, aber auch für's Normale gilt der Liepmann'sche Satz nicht ganz. Es ist psychisch ein anderer Thatbestand, ob ich willkürlich meine Aufmerksamkeit auf einen sinnlichen Gegenstand richte, z. B. zum Fenster gehe und nach der Sonne schaue, oder ob meine Aufmerksamkeit gleichsam vom Sonnenschein überwältigt wird, wie wenn die Sonne plötzlich voll in's Zimmer scheint und mich zwingt sie zu bemerken. Ich habe das eine Mal das Gefühl des freien Willens, das andere das des Gezwungenwerdens. Es steht mir im ersten Falle nicht frei, zu sagen, ich lenke meine Aufmerksamkeit auf die Sonne, sondern die Sonne bemächtigt sich meiner Aufmerksamkeit, umgekehrt im zweiten Falle. Liepmann hat wohl ähnliche Erwägungen angestellt; jedenfalls scheinen darauf seine Ausführungen S. 46 oben hinzudeuten. Er meinte jedoch, diese Frage läge ausserhalb seiner Erörterungen, wohl mit Unrecht.

Niemals tritt uns im normalen Seelenleben wohl die Gefangennahme der Aufmerksamkeit und ihre passive Stellung in so elementarer Weise entgegen, wie bei dem pathologischen Phänomen der Ablenkbarkeit (— und den Hallucinationen: darin besteht eine weitgehende Uebereinstimmung zwischen beiden Erscheinungen); es ist ein gewaltsames Ueberrumpeln der Aufmerksamkeit durch die übererregten Sinneseindrücke.

Nach unserer Meinung muss zu dem passiven Moment der Aufmerksamkeitsstörung das active, die psychische Hyperästhesie hinzutreten, damit das Symptom der Ablenkbarkeit zu Stande kommt.

Unsere bisherigen Auseinandersetzungen berechtigen zweifellos zu der Annahme einer Aehnlichkeit zwischen den Vorgängen bei der Ideenflucht und der Ablenkbarkeit. Sie ist aber doch wohl etwas anderer Art, als Liepmann annimmt, dessen Ausführungen über diesen Punkt allerdings leider etwas kurz sind.

Für beide Erscheinungen kommen eine passive und eine

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

active Componente in Betracht, von denen man die erste, die Störung der Aufmerksamkeit, als Ausfallssymptom auffassen kann, während die zweite ein Reizsymptom darstellt, das für die Ideenflucht in der intrapsychischen Hyperfunction, für die Ablenkbarkeit in der Ueberregbarkeit der Projectionsflächen der Sinnesorgane besteht.

Die Werthigkeit der beiden Componenten ist jedoch keine gleiche für das Zustandekommmen der beiden Störungen. Während Ideenflucht auch ohne die intrapsychische Function zu Stande kommen kann, wie besonders unser Fall darthut, die Aufmerksamkeitsstörung also das Wesentlichste ist (allerdings handelt es sich um eine Ideeflucht, die ja die principiellen Züge dieser Störung an sich trägt, sich aber doch von der grossen manischen Ideenflucht in mancher Beziehung unterscheidet), sind für die Ablenkbarkeit Aufmerksamkeitsstörung wie psychische Hyperästhesie etwa gleich bedeutsam, vielleicht die Aufmerksamkeitsstörung — im Gegensatz zur Ideenflucht — in etwas geringerem Maasse wie die Uebererregbarkeit für Sinnesreize.

Die Auffassung der Ablenkbarkeit als psychischer Hyperästhesie bringt damit dieses Symptom in innige Beziehung zu den beiden anderen Hauptsymptomen der Manie, die psychomotorische Erregung und die intrapsychische Hyperfunction. Es würde „die Erleichterung der psychophysischen Vorgänge, die wir bisher nur für die psychomotorische und die associative Componente postulirt, auch für den psychosensorischen Abschnitt anzunehmen sein und es würde sich eine durchaus einheitliche Auffassung“ des manischen Symptomencomplexes ergeben (Heilbronner l. c. S. 289).

Es ist ja nur im Sinne der hier vertretenen Auffassung der sogenannten Mischzustände, dass auch dieses Symptom der Manie isolirt bei der Melancholie auftreten kann, wie es bei unserer Patientin in ausgesprochenstem Maasse der Fall war.

Die Ablenkbarkeit kann in zweifacher Weise die Ideenflucht beeinflussen. Einerseits wirkt sie direct Ideenflucht erzeugend, indem die sinnlichen Eindrücke die Aufmerksamkeit gefangen nehmen und so ein Abschweifen von der Obervorstellung, die beim normalen Denken festgehalten wird, veranlassen (sensugener Factor der Ideenflucht). Die Ablenkbarkeit erscheint dabei als ein Moment, das die Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit herbeiführen hilft. Wir sehen hieraus, dass wir es in der Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit wohl nicht ausschliesslich mit

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer primären Störung zu thun haben. Neben den übererregten Sinneseindrücken sind es die Hallucinationen und die Wahnideen, die überwerthigen Vorstellungen, die Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit zur Folge haben können. Wenn auch alle diese Momente in unserem Falle ungewöhnlich im Vordergrund stehen, so ist dennoch die Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit nicht etwa bloss als secundäres Phänomen zu betrachten. Es ergiebt sich dies aus einer genaueren Analyse der einzelnen Zustände, in denen Ideenflucht beobachtet wurde, ohne dass ich hier näher darauf eingehen kann. Besonders der sensugene Factor war für die Ideenflucht der Patientin ohne grosse Bedeutung.

Die theoretischen Anschauungen über das Phänomen der Aufmerkkeit bedürfen zweifellos noch einer gründlichen Untersuchung; immerhin kann man aber Liepmann (l. c. S. 46) nur beistimmen, wenn er sagt: „Jedenfalls kommt keine Psychologie und keine Psychiatrie ohne den Begriff der Aufmerksamkeit aus".

Bei unserer Patientin müssen wir die Ablenkbarkeit als nicht unwesentlichen Grund für die hochgradige Verlängerung der Reactionszeiten in Anspruch nehmen. Hitzig (10) hat wohl als erster gelegentlich einer Discussion die Vermuthung ausgesprochen, dass die Verlängerung der Reactionszeiten der Manischen möglicherweise auf eine Aufmerksamkeitsstörung zurückzuführen sei, indem er annahm, „dass sich neben der Zielvorstellung noch allerlei Nebenvorstellungen aufdrängen, mit denen er (der Manische) erst fertig werden muss, bevor er reagiren kann" (l. c., S. 585). Bei unserer Patientin, die sich in intrapsychischer Hemmung befand, war es nicht so sehr das Auftauchen von Nebenvorstellungen, als die schwere Ablenkung durch die überregten Sinnesempfindungen und die Hallucinationen, die die langen Reactionszeiten bewirkte. Darauf weisen ihre wiederholten diesbezüglichen Aeusserungen hin.

Andrerseits schafft die Ablenkbarkeit Material für den Inhalt der Ideenflucht. Dies ist wohl vorwiegend dann der Fall, wenn vermöge des lebhaften motorischen Rededranges besonders viel Material erforderlich ist (cf. Heilbronner). Bei unserer motorisch so stark gehemmten Patientin war die Bedeutung dieses Factors für die Ideenflucht besonders im Verhältniss zur Hochgradigkeit der bestehenden Ablenkbarkeit recht gering.

Eine inhaltliche Beeinflussung der Ideenflucht liess sich dagegen von einer anderen Seite her nachweisen, von der Seite der Wahnideen und Stimmung, die die Kranke beherrschten, und die oft die Richtung der Associationen im Sinne der herrschenden Vorstellungen bestimmten.

Dieses Moment führt uns auf den Inhalt der Associationen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und die Art der Reactionen, mit der wir uns noch kurz beschäftigen wollen.

Wie gesagt, zeigten die Associationen eine ausgesprochene Beeinflussung durch den Affect und zwar wesentlich durch den depressiven; letzteres mag daher kommen, dass die depressive Stimmung bei der Patientin sehr überwog und mir viel weniger Associationen aus euphorischen Zeiten zur Verfügung stehen. Die Beeinflussung zeigte sich einerseits in der relativ grösseren Häufigkeit derartiger Reactionen, andererseits in einer wesentlichen Verkürzung der Reactionszeiten. Beispiele: Reiten — in die Hölle reiten; Kopf abschneiden und Aehnliches.

Was die Form der Associationen betrifft, so traten die sprachlichen Reactionen nur zeitweise in den Vordergrund und zwar eigenthümlicher Weise, nicht, wie nach den Erfahrungen anderer Autoren zu erwarten gewesen wäre, in den Associationsexperimenten bei motorischer Erregung, sondern zur Zeit der Hemmung. Es zeigt dies, dass jedenfalls die motorische Erregung nicht der einzige Factor ist, der zu sprachlichen Associationen führt. Mir erscheint Liepmann's Erklärung des Vorwiegens dieser Association bei der Ideenflucht viel annehmbarer, als die Kraepelin-Aschaffenburg'sche. Liepmann sieht darin nur den Vorzug der Festigkeit der Verknüpfung der sprachlichen Associationen vor dem inhaltlichen, der in Erscheinung tritt, sobald die Obervorstellungen fehlen, und „das Bewusstsein ein Spielball der mechanischen Principien der Association" wird (S. 71).

In unserem Falle war mit der motorischen Hemmung gleichzeitig auch schwere intrapsychische Hemmung verbunden, während diese bei dem Zustand der motorischen Erregung, der in Frage kommt, weit geringer oder garnicht vorhanden war. Die intrapsychische Hemmung wird aber die festgefügtesten und am leichtesten ansprechenden Verknüpfungen am wenigsten stören, und es ist dadurch vielleicht verständlich, warum dabei die sprachlichen Associationen relativ zahlreicher waren als die inhaltlichen. — Intrapsychische Hemmung kann also gelegentlich für den Associationsmechanismus ähnliche Folgen haben, wie motorische Erregung, was die Liepmann'sche Anschauung wohl zu erklären vermag.

Im übrigen sind die Associationen der Patientin vorwiegend inhaltlicher Natur (also sogenannte innere Ideenflucht Kraepelin's) gewesen. Auf die einzelnen Arten der beobachteten Associationen näher einzugehen, will ich verzichten, weil die mir vorliegenden Beispiele zu gering an Zahl sind, um wesentliche Schlussfolgerungen daraus ziehen zu können. Erwähnt sei nur die Erinnerung an ganze frühere Situationen als relativ häufige Ursache für die Reaction; ferner die zahlreichen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mittelbaren Associationen, die zur Beobachtung kamen. Sie traten im Gegensatz zu den sprachlichen Associationen weit häufiger in den manischen als in den depressiven Zuständen auf. Wir können in ihnen eine erhöhte Associationsleistung sehen. Es klingt immer eine ganze Kette von Associationen an, deren letztes Glied vorgebracht wird; wir verstehen, warum diese Leistung in den Zeiten intrapsychischer Hemmung seltener geliefert wurde, als in den entgegengesetzten. Es kamen oft sehr eigenthümliche Reactionen vor, die erst die Erklärung der Patientin oder eine in derselben Reihe später vorgebrachte Association verständlich machte. Einige Beispiele: Auf Frosch reagirte sie Lessing; die Verbindung war gegeben durch die Beziehung zu Mäusekrieg (Frosch-Mäusekrieg sprachliche Association), das erst vier Glieder später folgte; mit Mäusekrieg verband sie Schlange, mit Schlangen Laokoon, mit Laokoon Lessing. Die Reihe war aber nicht (Frosch) Mäusekrieg, Schlangen, Laokoon, Lessing, sondern umgekehrt (Frosch) Lessing, Laokoon, Schlangen, Mäusekrieg. Sehr interessant war die Reaction von „Augenverbinden“ auf Lampe, die über die später vorgebrachten Zwischenglieder, „bei der Guillotine muss man die Augen verbinden, wenn die Augen verbunden sind, kann man doch das Licht nicht sehen“, ging. Eine noch grössere Anzahl Zwischenglieder wies die Reaction auf das Reizwort Kochen auf: „Wer weiss, woher die Liebe stammt“; zunächst erschien sie ganz unverständlich, bis Patientin selbst die Erklärung gab, „da hab ich das Buch zerrissen, das mir Herr Dr. St. geschenkt, und hab es in den Herd geschmissen; das Lied war in einem Notenbuch gedruckt, nicht in dem in den Ofen geworfenen“. Vom Wort Kochen kam sie also zum Herd, von da zum Verbrennen eines Buches, von diesem Buch auf ein anderes, in welchem der Vers stand; und dieser Vers war ihre Reaction, die keineswegs eine besondere lange Reactionzeit aufwies.

Vorher schon wurde hervorgehoben, dass im Associationsexperiment eine relativ grosse Zahl Wiederholungen und Ausfälle vorkamen, im wesentlichen allerdings nur zur Zeit der auch subjectiv vorhandenen intrapsychischen Hemmung, nicht in der manischen Episode. Es ist dies wohl ohne weiteres in dem Sinne verständlich, wie wir es früher verwerthet haben.

Auch die Art zu associiren, die als Resultate des gesammten psychischen Zustandes, sowohl des psychomotorischen und intrapsychischen betrachtet werden kann, (wobei den einzelnen Componenten allerdings wohl verschiedene Werthigkeit zukommt) zeigt bei unserer Patientin bis zu einem gewissen Grade die Mischung der verschiedenen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Manie oder der Melancholie zugehörigen Störungen der einzelnen Componenten. Auch sie trägt den Stempel des Mischzustandes an sich.

Die Hallucinationen.

Die Hallucinationen der Patientin betrafen vorwiegend den Gehörsinn. Gelegentlich kamen auch Gesichtstäuschungen, doch nur ganz vorübergehend vor. Hier sollen uns allein die Hallucinationen des Gehörs näher beschäftigen.

Der Inhalt der Hallucinationen waren fast ausschliesslich Worte. Patientin localisirte diese scharf an eine bestimmte Stelle, die auch bei Bewegungen ihres Körpers nicht wechselte. Meistens brachte Patientin die Hallucinationen in Beziehung zu einer wirklich stattgehabten Empfindung; sie hörte die Stimmen in Geräuschen, im Zwitschern der Vögel, im Klopfen, im Läuten u. s. w. Doch kamen zweifellos auch Hallucinationen ohne Anregung durch einen Sinnesreiz vor. Dass es sich aber auch bei den ersteren nicht etwa nur um illusionäre Verfälschungen der wirklichen Sinneseindrücke gehandelt hat, ging klar daraus hervor, dass Patientin den Sinneseindruck immer scharf von der Hallucination trennte und neben ihr deutlich wahrnahm, dass Gehörshallucinationen auch im Anschluss an periphere Reize auf anderen Sinnesgebieten auftraten (cf. später), wo von Illusion also nicht die Rede sein konnte.

Die „Stimmen“ waren meist stärker als das sie veranlassende Geräusch; wurde das Geräusch zu laut, so konnte Patientin die Stimme nicht mehr wahrnehmen. Ebenso waren die Hallucinationen durch starke Reize eines anderen Sinnesgebietes auf kurze Zeit zum Verschwinden zu bringen.

Die Beziehung, die zwischen Hallucination und wirklicher Sinnesempfindung bestand und die Patientin ganz spontan zum Ausdruck brachte, gab Veranlassung, etwas näher das Verhältniss beider Vorgänge zu studiren, was um so leichter war, als es gelang, bei der Patientin durch willkürlich erzeugte Geräusche verschiedenster Art künstlich Hallucinationen zu erzeugen. Es war dadurch möglich, die Bedeutung der Variation des Reizes für die auftretenden Sinnestäuschungen zu eruiren.

Als periphere Reize wurden zum grossen Theile willkürliche Geräusche verschiedener Art, Klopfen, Pfeifen, Wasserlaufen, Geräusch des electrischen Hammers u. a., ferner verschiedenartige Einwirkung auf die nicht von Hallucinationen betroffenen Sinnesorgane benutzt. Wegen der Einzelheiten muss, so weit sie nicht in den weiteren Darstellungen herangezogen werden, auf die ausführlichen Protokolle verwiesen werden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei diesen Versuchen ergaben sich Beziehungen zwischen Reiz und Sinnestäuschung in folgenden Punkten:

1. In der äusseren Form der Hallucinationen: Je nach dem Rhythmus des Reizes veränderte sich der Rhythmus, in dem die hallucinirten Worte der Patientin erklangen. Dies konnte in verschiedensten Modificationen erprobt werden. Taktmässiges Klopfen erzeugte Hallucinationen, die in gleichem Takte wechselten und zwar meist so, dass bei fortgesetztem Klopfen im Takt (z. B. ⏑ ⏑ ⏓ | ⏑ ⏑ ⏓ | ⏑ ⏑ ⏓) jedem Takt ein und dasselbe Hallucinationsproduct (im obigen Beispiel ich bin todt, | ich bin todt, | ich bin todt |) zukam. Seltener fand ein Wechsel des Inhalts bei Beibehaltung des Taktmaasses statt, z. B. | – – | – – | – – | – – | – – | Racker | Racker | Racker | Du wirst frech. Manchmal wurde ein ganzer Satz auf mehrere Takte vertheilt, so z. B. (hier wurden die Hallucinationen durch Nadelstiche hervorgerufen)

| ⏓ ⏑ ⏑ | ⏓ ⏑ ⏑ | u. s. w.: ‖ klug war sie | ja gewiss

oder

‖ ⏓ ⏑ ⏑ | ⏓ ⏑ ⏑ | u. s. w. ‖ Ja, er ver | achtet Dich

Beschleunigung des Tempo erzeugte sofort ein Schnellerwerden der Hallucinationen.

Pausen zwischen zwei Reizen hatten Pausen zwischen den Hallucinationen zur Folge.

Es war für den Rhythmus der Hallucinationen gleichgültig, ob der periphere Reiz dem Gehörorgan oder einem der anderen Sinnesgebiete, von denen aus überhaupt Gehörshallucinationen erweckt werden konnten, applicirt wurde. Immer entsprach der Rhythmus der Hallucinationen dem Rhythmus des Reizes.

Die Reiterativform der Hallucinationen war wohl wesentlich die Folge der gleichmässigen Wiederholung derselben Takte der Reize, wenn auch Patientin spontan nicht selten in ähnlicher Weise hallucinirte. Bekannt ist ein derartiges rhythmisches Halluciniren besonders von den Alcokolhallucinanten (cf. Bonhöffer (2) S. 180).

2. In den Lautbestandtheilen der Hallucinationen. Im allgemeinen war die Tonhöhe der Hallucinationen höher, wenn der Reiz in höheren Tönen dargebracht war und umgekehrt. Soweit ein Vergleich möglich war, wurde die Tonhöhe sogar ziemlich genau eingehalten. Ausserdem wechselten die Vocale der hallucinirten Worte

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit der Höhe des Reiztones in dem Sinne, dass den tiefen Tönen die dumpferen Vocale a, o, au, u, den höheren i, e, ie entsprachen.

Es war bald aufgefallen, dass in den Hallucinationen, die Patientin aus den Vogelstimmen, die sehr viele hohe Töne enthielten, hörte, i und e bei weitem überwogen; so z. B.: Du wirst hingerichtet, ergieb Dich; oder: Thut beten, Sire, thut beten Sire, thut beten Sire, sie war die Lerche, sie kommt in den Circus; oder: Delirium, sie zankte sie, sie wird hingerichtet u. a.

Auf eine tiefe Stimmgabel hallucinirte sie: dumm, Mörder, dumm,
auf eine hohe: bimm, bimm, bimm,
ein gleichmässiger Wechsel von hohen und tiefen Tönen im Rhythmus ⏑ ⏑ ⏓ | ⏑ ⏑ ⏓ | (wobei die kurzen zugleich die hohen, der lange Ton der tiefe war),
rief die Hallucination

Lippe Frau | Lippe Frau | u. s. w. hervor;

der electrische Hammer hatte die Hallucination Schreck, Schreck, Schrrrrrreck, Schrrrreck zur Folge.

Hier zeigt sich gleichzeitig eine weitere lautliche Beeinflussung der Hallucination durch den Reiz, in dem auch die Consonanten der Hallucination den Reizlaut nachzuahmen suchten. In diesem Sinne ist auch das Vorwiegen der S Laute in den Hallucinationen bei den Vogelstimmen zu deuten u. a. mehr.

Allerdings kamen, jedoch in weit geringerem Maasse, auch Hallucinationen vor, die keinerlei lautliche Beziehungen zwischen Reiz und Hallucination erkennen liessen.

3. Die Gehörshallucinationen liessen sich nicht nur durch Gehörsreize, sondern auch durch Reize auf anderen Sinnesgebieten hervorrufen. Während Geschmack und Geruch sich als indifferent erwiesen, waren Berührungs-, Schmerz- und Gesichtsreize in gleicher Weise zur Erzeugung von Hallucinationen geeignet. Jedoch war auch bei diesen eine Abweichung gegenüber den Gehörsreizen insofern zu bemerken, als der einfache Reiz meist keine Hallucination erzeugte, sondern erst eine rhythmische Aufeinanderfolge von Reizen. Die einzige Beziehung, die sich zwischen diesen Reizen auf disparaten Sinnesgebieten und der Gehörshallucination auffinden liess, war die Beeinflussung des Rhythmus; inhaltlich war keinerlei Abhängigkeit nachzuweisen.

Die Hallucinationen, die auftraten, wenn man Patientin Mundstellungen, die einzelnen Buchstaben entsprachen, nachmachen liess, sind wohl auf einen Reiz durch den sogenannten Muskelsinn zurück-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zuführen. Die nahe Beziehung dieser Empfindungen zur Sprache lässt es nicht wundernehmen, dass die den einzelnen Stellungen zugehörigen Laute in den Hallucinationen wiederkehrten.

Verschiedenen Farben gegenüber verhielten sich die Hallucinationen indifferent. Erscheinungen im Sinne der Synästhesien kamen nicht zur Beobachtung.

Fassen wir die Beobachtungen über die Beeinflussung der Hallucinationen durch einen peripheren Reiz zusammen, so sehen wir, dass diese sich auf rein formale Beziehungen beschränkt, auf Rhythmus, Tonhöhe, Lautähnlichkeit.

Dass Hallucinationen des Gehörs häufig durch wirkliche Sinnesreize ausgelöst werden, ist schon lange bekannt. Kahlbaum (12) erwähnt schon (S. 7) Beispiele hierfür und hat derartige Hallucinationen als functionelle bezeichnet. Viel citirt ist auch eine Beobachtung Sander's. Er berichtet von einem Kranken, der aus dem Tropfen des aus dem Wasserhahn ausfliessenden Wassers Mädchenstimmen hörte, die mit dem Zudrehen verschwanden, beim Aufdrehen immer wieder auftraten. Einen sehr instructiven Fall der Art hat Cramer (4) in seiner bekannten Abhandlung über die Hallucinationen des Muskelsinns (S. 37) mitgetheilt, der gewisse Uebereinstimmung mit unseren Resultaten aufwies, indem der Kranke Stimmen hörte, „mit dem Charakter, den der Ton des Gegenstandes hatte, aus dem die Stimmen entstanden waren".

Auch die bekannten Untersuchungen Jolly's und Liepmann's (16), letztere allerdings Hallucinationen des optischen Sinnes betreffend, gehören hierher u. a. mehr[1]). Rhythmische Uebereinstimmung zwischen Geräuschen und dadurch entstandenen Hallucinationen konnte Bonhöffer bei Alkohol-Hallucinanten vielfach beobachten (S. 181) und künstlich hervorrufen.

Eine grössere experimentelle Prüfung der Frage der Bedeutung peripherer Reize für das Auftreten von Hallucinationen hat kürzlich Moravcsik (18) angestellt, deren Resultate (die Arbeit ist ungarisch geschrieben) mir allerdings nur in einem Referate von Hudovernig im neurologischen Centralblatt 1904, S. 1008 zugänglich sind. Daraus entnehme ich, dass die Ergebnisse ähnlich den meinen waren. Es konnte durch periphere Reize eine Verstärkung bestehender Hallucinationen oder Hervorrufung solcher nach Aufhören spontaner Sinnestäuschungen bewirkt werden. „Qualität und Stärke der Reizeinwirkung beeinflussen Inhalt, Ex- und Intensität der Hallucinationen, letztere ent-

1) Cfr. hierzu auch Goldstein, Zur Theorie der Hallucinationen (erscheint demnächst in diesem Archiv).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stehen nicht immer im Gebiete der gereizten Sinnesorgane." Die einzige Abweichung von unseren Befunden scheint die inhaltliche Beeinflussung zu sein; doch ist darüber ohne genauere Kenntniss des Originals nichts zu sagen.

Für den Inhalt der Hallucinationen war die Variation der peripheren Reize bei unserer Patientin indifferent. Dagegen trat eine Abhängigkeit des Inhalts der Sinnestäuschungen von der jeweiligen Stimmungslage auf's klarste hervor. Es ist dies ja eine häufig beobachtete Thatsache, die zu der sicherlich zu weit gehenden Bezeichuung der Hallucinationen als „nach aussen projicirte Gedanken" (Lélut) geführt hat. Es ist bekannt, dass der Angstaffect nicht selten von ängstlichen, bedrohenden Sinnestäuschungen begleitet wird; der grössenwahnsinnige Paralytiker hört auch die Aussenwelt von seinen unermesslichen Schätzen sprechen. Selten lässt sich aber wohl bei einem und demselben Patienten ein Wechsel der Hallucinationen je nach der Stimmungslage in so deutlicher Weise beebachten, wie bei unserer Patientin. Es findet sich eben kaum je bei einem Hallucinanten ein derartig häufiger Stimmungswechsel; andrerseits weisen die Manisch-Depressiven relativ selten so ausgesprochene Hallucinationen auf. Dieselben Reize wirkten bei unserer Patientin in den verschiedenen Zeiten zur Hervorrufung ganz differenter Sinnestäuschungen. Aus demselben Klopfen hört sie das eine Mal „ich bin todt, ich bin todt, — Racker, Racker, Du wirst frech, Du wirst frech" —, das andere Mal in veränderter Stimmung: „Du wirst Göttin sein". Erklangen der ängstlich deprimirten Patientin aus dem Gezwitscher der Vögel die Worte: „Thut beten Sire, — sie wird hingerichtet — ergieb Dich, Du wirst hingerichtet, — köpfet sie, sie ist das Gift, sie kommt in den Tigel", so ruft dasselbe Gezwitscher der manisch-euphorisch Erregten Worte zu wie: „Du wirst siegen — sie liebt ihn — die Freude ist sie".

Klarer kann sich eie Abhängigkeit der Hallucinationen von dem Verhalten der Gesammtpsyche wohl kaum darthun.

Der Zusammenhang mit der Psyche war jedoch keineswegs durchgängig. Es fanden sich auch Hallucinationen, die keinerlei Zusammensammenhang mit dem psychischen Verhalten der Patientin erkennen liessen und über die auch Patientin keinerlei Aufklärung geben konnte. Zum Theil liessen sie sich auf Anklänge an gewohnte Vorstellungen, die wir mit bestimmten acustischen Wahrnehmungen verbinden, zurückführen, so, wenn sie z. B. auf einen rhythmisch wiederkehrenden Ton bimm, bimm, bimm hallucinirte; aber schon die Hallucination „Lippe Frau, — dies die Frau a. a.", liessen keine Erklärung (abgesehen von der formalen Beeinflussung durch den Reiz) auffinden und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erst garnicht derartige wie „sie kommen zum Briefträger", oder „ich wollte Gurken", wobei besonders hervorzuheben ist, dass Patientin selbst jeden Zusammenhang mit ihren Vorstellungen leugnete, über den sie sonst gut Auskunft gab.

Aber auch bei den Hallucinationen, die eine Beziehung zu der Gesammtpsyche der Patientin erkennen liessen, handelt es sich bei unserer Patientin keineswegs einfach um nach aussen projicirte Gedanken. Die Hallucinationen traten nicht als Gedankenlautwerden auf, das gerade bei der Melancholie nicht selten zur Beobachtung kommt (confer. Ziehen, Psychiatrie, S. 343), ja von Cramer (5) als für die „primären Stimmungsanomalien" als charakteristisch beschrieben worden ist. Die Hallucinationen wurden nie in diesem Sinne von der Patientin gedeutet, auch nicht als man sie auf diese Möglichkeit aufmerksam machte. Irgendwelche als Muskelgefühlshallucinationen zu erklärende Sinnestäuschungen waren sicher nicht vorhanden.

Der Inhalt der Hallucinationen stellte sich einfach als der Ausfluss der allgemeinen Stimmungslage dar.

Wir hatten also eine doppelte Beziehung der Hallucinationen 1. zu peripheren Reizen, 2. zur Stimmung feststellen können. Sind diese Beziehungen als ursächliche oder nur als beeinflussende, anregende und eventuell modificirende Momente aufzufassen? Diese Fragen musste unsere Beobachtung vor allem anregen.

Des näheren auf diese Frage hier einzugehen, würde zu weit führen. Auch gedenke ich sie in einer eigenen Abhandlung im Zusammenhang mit anderen strittigen Punkten der Lehre von den Hallucinationen zu behandeln[1]).

Der Umstand, dass bei unserer Patientin auch Hallucinationen vorkamen, die weder mit peripheren Reizen noch mit dem Vorstellungs- und Stimmungsleben der Patientin irgend einen Zusammenhang erkennen liessen, spricht für eine von den erwähnten Factoren unabhängige Entstehung der Hallucinationen und lässt diese Factoren nur als unterstützende und modificirende Momente betrachten. Es ist wohl jetzt die allgemeine Annahme, dass der Sitz der Hallucinationen in den primären corticalen Endstätten der Sinnesnerven zu suchen ist. Wir können in unserem Falle auch die Ursache der Entstehung der Hallucinationen an dieselbe Stelle verlegen. Jedenfalls erscheint eine derartige Annahme durch die auch im übrigen Krankheitsbild stark hervortretende krankhafte Uebererregbarkeit der Perceptionsfelder recht wahrscheinlich. Die

1) Zur Theorie der Hallucinationen. Erscheint demnächst in diesem Archiv.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

grosse Uebereinstimmung, die sich zwischen den pathologisch veränderten wirklichen Sinneseindrücken und den Hallucinationen bei unserer Patientin zeigte, — einerseits die beiden in gleicher Weise innewohnende objective Realität, andererseits der Zwang, den sie auf die Aufmerksamkeit ausübten — lässt es als berechtigt erscheinen, denselben Ort wie für das Entstehen der echten Sinneswahrnehmungen auch für die Hallucination anzunehmen und dieselbe Anomalie, die zu der hochgradigen Ablenkbarkeit führte, auch als Ursache der Sinnestäuschungen anzusehen.[1])

Es verdient noch erwähnt zu werden, dass die Identification der Hallucinationen und der objectiv begründeten Wahrnehmungen keine vollkommene war, Patientin unterschied die Sinnestäuschungen jedenfalls vom gewöhnlichen Sprechen, ohne allerdings im Stande zu sein, einen präcisen Unterschied angeben zu können. Jedenfalls schrieb sie beiden Wahrnehmungen gleiche Realität zu. Gelegentlich sprach sie wohl von den gesprochenen Worten als „lauten Stimmen" im Gegensatz zu den eigentlichen Stimmen, zu anderen Zeiten bezeichnete sie aber wieder letztere als lauter.

Eigenthümlich war, dass sie nie die Stimmen einem menschlichen Invividuum in den Mund legte, trotzdem sie ihr wie Menschenstimmen erklangen; auch nicht die ohne peripheren Reiz entstandenen; so hörte sie die Stimme zwar von einer bestimmten Stelle hinter dem Schrank herkommen, aber „es sei niemand dort, der spräche". Immer sprach „es", niemals „er" oder „sie". Dass es sich aber nicht etwa um Pseudohallucinationen im Sinne Kaudinsky's handelte, bedarf nach allem kaum näherer Ausführung. Die Sinnestäuschungen waren für sie vollkommen gleichberechtigt mit den objectiv begründeten Wahrnehmungen. Dass die Stimmen etwas Krankhaftes seien, sah sie auf der jedesmaligen Höhe der Erkrankung nicht ein; es passirte aber, dass sie kurz darauf in einem freieren Intervall zwar mit derselben Deutlichkeit weiter hallucinirte, aber die Stimmen für Täuschung erklärte. Es war dies für die Frage der Kritik gegenüber den Hallucinationen sehr interessant und wird später ebenfalls eingehender behandelt werden.

Wie zwingend die Realität der Hallucinationen war, zeigte ein Ausspruch der Patientin, in einer Zeit, in der sie vom Arzt sich hatte überzeugen lassen, dass es krankhafte Einbildung sei: „Ja, wenn Sie mit mir sprechen

1) Es soll damit nicht gesagt sein, dass Ablenkbarkeit und Hallucinationen homologe Erscheinungen sind; dagegen spricht schon das differente Vorkommen beider. Es kann hier auf die Beziehungen der beiden Phänomen zu einander nicht näher eingegangen werden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und es sagen, glaube ich, dass es Krankheit ist und nur eine Täuschung im Kopf ist; wenn ich aber allein bin, höre ich es so deutlich, dass ich es glauben muss". — Dadurch übten die Hallucinationen auch einen grossen Einfluss auf ihre Stimmung und das Vorstellungsleben aus; namentlich trat dies in Zeiten hervor, wo sie freier war und die Festigkeit ihrer depressiven Wahnvorstellungen nachgelassen hatte. So war sie an der Idee, dass sie geköpft werden solle, schon sehr zweifelhaft, konnte sich für die Möglichkeit des Irrthums aber doch nicht entschliessen, „da sie es doch höre". Die Hallucinationen verstärkten im allgemeinen immer den Angsteffect, was bei dem stark beängstigenden Charakter derselben nicht verwundern kann.

Zum Schluss spreche ich gern meinem verehrten Chef, Herrn Professor E. Meyer, für die Ueberlassung des Falles und die Anregungen bei der Ausarbeitung meinen besten Dank aus.

Literatur.

1. Aschaffenburg, Experimentelle Studien über Associationen. Psychol. Arbeiten von Kraepelin.
2. Bonhoeffer, Die acuten Geisteskrankheiten d. Gewohnheitstrinker. 1901.
3. Brenner, Untersuch. über Beobachtungen auf dem Gebiete der Elektrotherapie. 1868.
4. Cramer, A., Die Hallucinationen im Muskelsinn. Freiburg 1889.
5. Cramer, A., Ueber eine bestimmte Gruppe von Sinnestäuschungen bei primären Stimmungsanomalien. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 47.
6. Forster, Ueber die Aufmerksamkeit. Vers. mitteld. Psych. und Neurol. Jena 1905. Ref. Monatsschr. f. Psych. 1906. S. 212.
7. Goldstein, Merkfähigkeit, Gedächtniss und Association. Zeitschr. für Psych. u. Physiol. der Sinnesorgane. 1906.

7a. Goldstein, Zur Theorie der Hallucinationen. Erscheint demnächst in diesem Archiv.

8. Heilbronner, Ueber epileptische Manie nebst Bemerkungen über die Ideenflucht. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. XIII. 1903.
9. Heilbronner, Ueber d. Sprachstörungen bei functionellen Psychosen etc. Ref. a. d. Jahresber. des deutschen Ver. f. Psych. 1906, ref. Monatsschr. f. Psych. 1906. S. 79.
10. Hitzig, Discussion zu Aschaffenburg: Psychophys. Demonstrationen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 53. S. 854.
11. Jolly, Beiträge zur Theorie der Hallucinationen. Archiv f. Psych. 4.
12. Kahlbaum, Die Sinnesdelirien. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 23.
13. Kandinsky, Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen. Berlin 1885.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

14. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie, letzte Auflage.
15. Liepmann, Ueber Ideenflucht. Sammlung zwangl. Abhdl. Herausgeg. v. Hoche. V, 1. Halle 1904.
16. Liepmann, Ueber die Delirien der Alkoholisten. Archiv f. Psych. 27.
17. Mendel, Lehrbuch der Psychiatrie.
18. Moravszik, Ueber künstlich hervorgerufene Hallucinationen. Orvosi Hetilap. 1903. No. 45. Ref. Neurol. Centralbl. 1904. S. 1008.
19. Stransky, Ueber Sprachverwirrtheit. Halle 1905. Samml. zwangloser Abhandl. Herausg. v. Hoche VI, 4/5.
20. Wernicke, Grundriss der Psychiatrie.
21. Weygandt, Ueber die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. Habilitationsschrift. Heidelberg 1899.
22. Ziehen, Psychiatrie.

Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XVI.

Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Bonn
(Director: Prof. Dr. Westphal).

Klinische Studien über die Melancholie[1]).

Von

Privatdocent Dr. med. **Arthur Hermann Hübner,**
Assistent der Klinik.

Die älteren Autoren, welche sich mit der Classification der Geistesstörungen des höheren Lebensalters beschäftigt haben, machen fast alle einen fundamentalen Unterschied zwischen den Psychosen im Greisenalter und solchen des Greisenalters.

Sie rechnen zu der ersten Gruppe einige functionelle Störungen, nämlich die Manie, die Melancholie und gewisse der Paranoia nahestehende Zustandsbilder, die zwar in selteneren Fällen auch im höheren Alter zur Beobachtung kommen, aber ihrem Wesen nach von den klinisch ähnlichen Erkrankungen früherer Lebensperioden nicht verschieden sind.

Den gleichen Unterschied wie jene Aelteren, von denen nur Wille, Weiss und Güntz genannt seien, haben auch einige neuere Forscher, so Fürstner, Zingerle, Noetzli, Wollenberg, und von den französischen Autoren namentlich Ritti und Léri gemacht.

Bezüglich der paranoiaähnlichen Formen und der Manie hat sich hiergegen kein Widerspruch erhoben, wohl aber bezüglich der Melancholie.

Zuerst war es wohl Siegfried Krakauer, der diese Erkrankung anders definirt wissen wollte. Er ging von dem Satze aus, dass für die Aufstellung typisch ausgeprägter Psychosenformen den höchsten Werth die Untersuchung der Psychosen gleicher Lebensalter zu beanspruchen hätte. Denn jedem Lebensalter entspräche eine bestimmte Durchschnitts-

1) Die wesentlichen Ergebnisse des ersten Theiles dieser Arbeit wurden am 27. April 1907 unter dem Titel „über die klinische Stellung der Involutionsmelancholie“ auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Frankfurt a. M. vorgetragen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entwickelung des Gehirns, jedem Entwicklungszustand desselben käme eine ihm eigenthümliche Ausbildung der seelischen Functionen zu; daher die charakteristische Signatur der pathologischen Abweichungen. (Nach dem Referat in der Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 40. S. 384).

Bemerkenswerth ist, dass Krakauer die nachklimakterischen Melancholien der Frauen, die er für Erkrankungen des Greisenalters hält, deshalb zum Gegenstand seiner Betrachtung gewählt hatte, weil er der verbreiteten Meinung, dieselben seien prognostisch besonders ungünstig, entgegentreten wollte. Nicht zum wenigsten die Annahme, dass Letzteres doch der Fall sei, hat einen anderen Forscher dazu veranlasst, den Involutionsmelancholien gegenüber dem circulären Irresein eine klinische Sonderstellung einzuräumen.

Wenngleich Kraepelin einen grossen Theil der im höheren Alter auftretenden Depressionszustände dem manisch depressiven Irresein entweder ganz zurechnet oder wenigstens als dieser Krankheit nahe verwandt bezeichnet, so glaubt er einen anderen Theil derselben als specifische Erkrankungen des höheren Lebensalters ansehen zu müssen, weil sie sich klinisch, prognostisch und wahrscheinlich auch anatomisch von den circulären Formen grundsätzlich unterscheiden.

Weygandt hat in einem Vortrage „über das manisch-depressive Irresein" den Standpunkt der Kraepelin'schen Schule sowohl bezüglich dieser letzteren Krankheit, wie auch bezüglich der Melancholie in präciser Weise zum Ausdruck gebracht. Er sagt Folgendes:

„Es giebt eine scharf umschriebene Gruppe von Geisteskrankheiten, „welche unter dem Bilde einer bestimmt gearteten Erregung oder Depression „auftreten, in Bezug auf den Anfall vollständig heilen, aber die Neigung „zu neuen Anfällen hinterlassen. Der einzelne Anfall kann das Bild der „bestimmt zu charakterisirenden Erregung oder Depression aufweisen, „oder es können beide Bilder nacheinander auftreten, oder es können sich „auch Symptome des einen Zustandes mit denen des anderen zu einem „Bilde mischen. Irgendwelche Uebergänge von diesem manisch-depressiven „Irresein zu anderen Geisteskrankheiten kommen nicht vor, weder zur „Paralyse noch zu Erschöpfungspsychosen, noch zu den Verblödungs-„processen oder zur Epilepsie u. s. w. Ebenso ist völlig davon zu „trennen eine im Involutionsalter auftretende Erkrankung, die Melancholie „im engeren Sinne, welche sich klinisch und prognostisch davon unter-„scheidet und ihrerseits Uebergänge zu den Geistesstörungen des Greisen-„alters zeigt."

Soweit es die hier zu betrachtende Melancholie anbelangt, haben sich noch Aschaffenburg, Kemmler, Gaupp und Illberg in ähnlichem Sinne wie Weygandt geäussert. Von ausländischen Autoren

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist die Arbeit von Capgras zu erwähnen und ferner diejenige von Vedrani. Beide Forscher vertreten gleichfalls den Standpunkt, dass die Melancholie eine klinische und ätiologische Sonderstellung beanspruchen könne, dass sie eine Psychose des höheren Lebensalters sei.

Die eben scizzirte Anschauung hat nun von verschiedenen Seiten lebhaften Widerspruch erfahren. Sowohl in mehreren Discussionen, wie auch in ausführlichen Studien (Rückle, E. Meyer, Schott, A. Westphal, Cl. Neisser, Kölpin, Jolly, Walker) ist wiederholt darauf hingewiesen worden, dass bisher durchgreifende klinische Unterschiede, die eine sichere Differentialdiagnose zwischen dem depressiven Anfall des circulären Irreseins und der Involutionsmelancholie gestatten, nicht nachgewiesen sind, und dass auch auf pathologisch-anatomischem Gebiete und durch die ätiologischen Forschungen bisher nichts gefunden worden ist, was dafür spräche, dass die Melancholie des höheren Lebensalters sich von der depressiven Phase des circulären Irreseins wesentlich unterschiede.

Ich sehe davon ab, die umfangreiche Litteratur über die vorliegende Streitfrage durchzugehen, weil ziemlich vollständige Bearbeitungen derselben sich in den Darstellungen von Schott und Walker finden, möchte mir aber im Folgenden erlauben, an der Hand eines sorgfältig zusammengestellten Krankenmaterials der Bonner Klinik der Frage näher zu treten, ob die Kraepelin'sche Melancholie thatsächlich eine Erkrankung sui generis ist.

Ich habe ausserdem eine Reihe von Problemen gestreift, die nicht unbedingt in den Rahmen obiger Fragestellung hineingehören. Es handelt sich um die Beziehungen der Melancholie zu gewissen von anderen Autoren als Uebergangsfälle zur Neurasthenie und Paranoia bezeichneten Beobachtungen. Da aber der in dieser Arbeit vertretene diesbezügliche Standpunkt von demjenigen anderer Forscher in mancher Beziehung abweicht, wird man auch diese Abschweifungen von der ursprünglichen Fragestellung hoffentlich als berechtigt anerkennen.

Das Krankenmaterial, auf dessen Geschichten meine Untersuchungen basiren, besteht aus 100 Fällen, deren klinische Eintheilung aus der Tabelle I ersichtlich ist.

Besonderen Werth erhält dasselbe wohl noch dadurch, dass sich unter den periodischen und circulären Formen eine ganze Reihe von Kranken befindet, die 30 Jahre und noch länger beobachtet worden sind.

Ich hätte leicht die Zahl der Fälle verdoppeln oder verdreifachen können. Wenn ich davon absah, geschah es, weil ich nicht die Absicht hatte, Statistik zu treiben, die in den umfangreichen Arbeiten von Schott und Walker genügend berücksichtigt ist.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle I.

	Beginn im Alter von							Zusammen	M.	F.
	12—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—79			
einmalige Manie						1	1	2	2	—
„ Melancholie			2	5	11	10		28	10	18
period. Manie	1	5	2	4	6	3		21	17	4
„ Melancholie	1	3	6	7	10	4		31	10	21
circuläres Irresein	3	3	5	3	3	1		18	8	10
								100	47	53

Bevor ich mich dem eigentlichen Thema zuwenden kann, sei noch eine Bemerkung zu der vorstehenden Tabelle eingefügt.

In den Rubriken „periodische" Manie und Melancholie habe ich sowohl diejenigen Fälle untergebracht, in denen es sich um psychische Störungen handelte, die in regelmässigen Intervallen wiederkehren, als auch diejenigen, in denen von einer Regelmässigkeit nicht die Rede sein konnte.

Den von verschiedenen Autoren, insbesondere von Hitzig, Ziehen und Hoche[1]) gemachten scharfen Unterschied zwischen „periodischen" und „recidivirenden" Erkrankungen habe ich also nicht zum Ausdruck gebracht und zwar deshalb nicht, weil ich die Ueberzeugung gewonnen habe, dass sich eine solche Unterscheidung practisch gar nicht durchführen lässt. A. Westphal[2]) hat mit Recht darauf hingewiesen, dass zwischen den recidivirenden und den periodisch auftretenden Krankheitsfällen fliessende Uebergänge bestehen. Es ist vielleicht noch hinzuzufügen, dass es Fälle giebt, in denen sich bei demselben Individuum die Erkrankung zunächst in unregelmässigen Zwischenräumen wiederholen kann, bis sich später allmählich eine bestimmter Turnus herausbildet.

Ein solcher Fall ist z. B. der folgende:

Beobachtung 1: J. L., geb. 3. März 42, zuletzt entlassen 2. August 05.

1. Erkrankung 8. April 59. Schlaflosigkeit, zeitweise Mattigkeit, Geruchshallucinationen, lacht viel, Bewegungsdrang, Mangel an Krankheitsgefühl, Reizbarkeit. In 5 Monaten allmähliche Heilung.

1) Siehe auch Pilcz.

2) Auf einem Missverständniss beruht es wohl, wenn Walker annimmt, dass A. Westphal die recidivirenden und periodischen Formen grundsätzlich geschieden wissen will. Er betont die principielle Bedeutung der Periodicität einer Geistesstörung nur insofern, als ihr gegenüber die Frage nach der manischen oder depressiven Färbung sowie die Aufeinanderfolge der einzelnen Phasen an Wichtigkeit in den Hintergrund tritt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Erkrankung: 1900. Erregungszustand, der sich durch grosse Kauflust und Neigung zu phantastischer Kleidung äusserte.

3. Erkrankung: 1902. Erregt, wieder phantastisch gekleidet, störte die öffentliche Ordnung in der Kirche. Gehobene, zeitweise zornige Stimmung, Schlaflosigkeit, betet, flucht, singt, zerreisst Decken, declamirt Gedichte, spricht fortwährend.

Nach 3 Monaten geheilt entlassen.

4. Erkrankung 1904: Erregung, beständiger Redefluss, Personenverkennung, Grössenideen, Ideenflucht. Allmähliches Abklingen des Zustandes. Entlassung nach 8 Wochen.

5. Erkrankung 1905: Sammelte plötzlich Lumpen und Schmutz zusammen, wurde erregt, als dies verhindert werden sollte. Sprach fortwährend, schimpft, reimt, singt, Grössenideen („er habe mehr als Grütze im Kopf").

Nach 8 Wochen geheilt entlassen.

6. Erkrankung 1907: Heitere Stimmung. Schlaflosigkeit, Bewegungsdrang, Ideenflucht.

Es handelt sich wie aus den kurzen Notizen wohl hervorgehen dürfte, um eine periodische Manie. Der Fall ist einmal deshalb interessant, weil zwischen dem ersten und zweiten Anfall die ungewöhnlich lange Pause von 41 Jahren liegt, ferner aber auch, weil er geeignet ist, die eben gemachten Ausführungen bezüglich der Begriffe „recidivirend" und „periodisch" näher zu illustriren. Für keinen der 5 Anfälle war eine äussere Veranlassung zu ermitteln. Rechnet man nun den Fall zur recidivirenden Form, dann trägt man dem Umstande, dass der 2. bis 6. Anfall die Bedingungen der Periodicität erfüllen, keine Rechnung. Betrachtet man aber das Leiden als eine „periodische" Geistesstörung, dann vernachlässigt man die Thatsache, dass zwischen dem ersten und zweiten Anfall ein Intervall von 41 Jahren lag, während die übrigen Anfälle sich in Abständen von 1—2 Jahren folgten. —

Walker führt übrigens sehr treffend aus, dass es kein sicheres Kriterium giebt, an der Hand dessen eine Unterscheidung zwischen den recidivirenden und periodischen Formen möglich wäre. Das Vorhandensein von Gelegenheitsursachen bei den recidivirenden und das Fehlen[1]) solcher bei den periodischen genügt nicht, eine principielle Trennung zu begründen, selbst wenn solche Gelegenheitsursachen bei der ersteren Verlaufsweise regelmässig gefunden würden, was keineswegs der Fall ist. Schliesslich dürfte auch ein Argument Kraepelin's, dass nämlich die recidivirenden und periodischen Formen eine vollkommene und grundsätzliche Uebereinstimmung des klinischen Krankheitsbildes darbieten,

1) Dass diese bei Weitem nicht immer fehlen, geht aus den späteren Ausführungen zum Kapitel „Aetiologie" hervor. Im Uebrigen sei auf Lipschitz verwiesen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu Gunsten der oben präcisirten Auffassung ins Feld geführt werden können.

Von wie hoher practischer Bedeutung diese Auffassung ist, mag folgender Fall lehren:

Die Vorsteherin einer rheinischen Mittelschule erkrankte zum ersten Male Ende der Dreissiger an einer geistigen Störung, die mit hochgradiger motorischer Unruhe, Verwirrtheit, massenhaften Sinnestäuschungen, Schlaflosigkeit etc. einherging und nach einigen Monaten heilte (Diagnose hallucinatorische Verwirrtheit). Die gleichen Zustände wiederholten sich nach je 6 monatlichem Intervall noch 2 Mal. Während der dritten Erkrankung wurde seitens der vorgesetzten Behörde die Pensionirung eingeleitet, weil nach ärztlicher Aeusserung weitere Rückfälle in kurzer Zeit zu erwarten ständen, und weil angenommen werden musste, dass die Pat. in Folge der immer wieder eintretenden Recidive dauernd zur Ausübung ihres Dienstes unfähig sein würde.

Die Annahme, dass es sich in dem vorliegenden Falle um eine „periodische" Psychose handelte, lag, nachdem 3 Attaquen sich in gleichen Abständen gefolgt waren, gewiss recht nahe. Es wurde in Folge dessen auch dauernde Dienstunfähigkeit angenommen, und die Pensionirung ausgesprochen.

Pat. focht dieselbe jedoch später an, indem sie mit Recht darauf hinwies, dass der vorausgesagte 4. Anfall ausgeblieben ist. Sie ist z. Z. thatsächlich seit $1^1/_2$ Jahren recidivfrei, unterrichtet privatim mit bestem Erfolge und beginnt demnächst an einer süddeutschen Universität die Vorbereitung zum Oberlehrerinnenexamen.

Die practische Bedeutung des Falles liegt m. E. darin, dass er den Gutachter bezüglich der weiteren Prognose einer anfangs periodisch verlaufenden Psychose zur grössten Vorsicht mahnt. Wenn in unserer Beobachtung die Anfälle, wie anfangs auch weiterhin in regelmässigen Abständen von 6 Monaten aufgetreten wären, hätte man die Kranke wohl als dauernd dienstunfähig ansehen dürfen. Nach dem jetzigen Verlauf des Leidens war sie es zweifellos nicht.

Zwei Momente sind es hauptsächlich, die nach Kraepelin für die Differentialdiagnose zwischen einer dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnenden Depression und einer sog. Involutionsmelancholie ververwerthbar sind, nämlich

1. die Berücksichtigung des Alters und
2. das Vorhandensein einer Hemmung auf dem Gebiete des Denkens und Wollens.

Was das erste Moment anlangt, so sagt er, dass die in jugendlichem Alter auftretenden Depressionszustände nach seiner Erfahrung niemals einfache, in endgültige Heilung ausgehende Formen sind, sondern dass

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie entweder den Verlauf der Dementia praecox oder denjenigen des circulären Irreseins nehmen.

Ich habe unter meinem Krankenmaterial nichts gefunden, was mit Sicherheit gegen die Richtigkeit dieses Satzes spräche.

Wohl begegnen jedem, der ein in Jahrzehnten gesammeltes Material von Krankheitsgeschichten durcharbeitet, hier und da Fälle, wie sie von verschiedenen Autoren (z. B. Rückle) erwähnt werden, die seit einer in früherer Jugend durchgemachten Depression Anstaltsbehandlung nicht mehr nöthig hatten, in denen auch die Angehörigen über krankhafte Verstimmungen in der Zwischenzeit nicht zu berichten wissen, aber es bleibt auch da immer die Möglichkeit offen, dass trotzdem leichte und schnell vorübergehende Zustände von trauriger oder heiterer Verstimmung der Umgebung entgangen sind, und es ist ferner nie auszuschliessen, dass sich noch in späteren Jahren die bisher ausgebliebene Erkrankung einstellt. Kraepelin, Schott, Walker u. a. haben ja darauf hingewiesen, dass zwischen dem ersten und zweiten Anfall des circulären und periodischen Irreseins ein Intervall von 20—30 Jahren liegen kann. Nach meinen Erfahrungen sind Pausen von 10—15 Jahren nichts allzu Seltenes. Von über 400 Anfällen, die ich unter diesem Gesichtspunkte zusammenstellte, fanden sich bei 20 pCt. Zwischenzeiten von 10 Jahren und mehr. Wie gross die Intervalle sein können, hat schon die oben angeführte Beobachtung gezeigt. Dieselbe wird durch den folgenden Fall jedoch noch übertroffen:

Beobachtung 2. 1. Erkrankung 1852 starke Gemütsverstimmung, Schlaflosigkeit, beständige Unruhe und Angst, unregelmässiger Stuhl. Dauer 11 Wochen.

2. Erkrankung 1861. Beängstigungen, Unruhe, deshalb wurde die Arbeit eingestellt, Selbstvorwürfe, Mangel an Lebensmut, sprach von Selbstmord; in Siegburg einige Wochen behandelt.

3. Erkrankung 1905. Um diese Zeit Anblick eines Erhängten, darauf äusserte Pat., er müsse sich auch erhängen, hoffnungslos, ängstlich, fühlte sich gehemmt, konnte nichts arbeiten.

In dem eben beschriebenen Falle, der wohl als recidivirende Melancholie zu deuten sein dürfte, betrug das freie Intervall zwischen dem zweiten und dritten Anfall 44 Jahre!

Um wieder zu der Frage des Vorkommens einzelner Melancholien im jugendlichen Alter zurückzukehren, so soll das Vorhandensein solcher Fälle, wie sie von verschiedenen Autoren (Rükle, Walker, Lipschitz, Schott, Kölpin) erwähnt werden, nicht etwa ganz geleugnet werden[1]).

1) S. auch Capgras.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sie sind nach meinen Erfahrungen jedoch verhältnissmässig selten und es können gegen die meisten Fälle auch die oben erwähnten Bedenken erhoben werden. Gerade die beiden mitgetheilten Beobachtungen lehren uns, dass es nicht möglich ist, den Eintritt eines Recidivs vor dem Ableben des Kranken mit Sicherheit auszuschliessen.

Fauser hat nun neuerdings auf eine Gruppe von Krankheiten hingewiesen, bei der es sich um jugendliche Individuen handelt, die unter den Zeichen ängstlicher Spannung oder Erregung erkranken. Im Beginn des Leidens treten häufig Zwangsvorstellungen auf, die entweder wieder schwinden oder sich in Wahnideen weiter bilden.

Diese Depressionen sollen sich nach Symptomen und Verlauf vollständig mit der Kraepelin'schen Melancholie decken, nur mit dem wesentlichen Unterschied, dass die Prognose in diesen Fällen eine günstige ist.

Die Kranken, welche er im Auge hat, sind durchweg „Nervöse" im weiteren Sinne des Wortes „constitutionell Verstimmte" und ähnliche Menschen, die oft zeitlebens eine Sorge für ihre Angehörigen und häufig einen Gegenstand der ärztlichen Fürsorge bilden.

Leider bringt Verf. keine Krankheitsgeschichten, so dass eine Discussion seiner Beobachtungen im Anschluss an concrete Fälle nicht möglich ist. Trotzdem kann ich mich bestimmter Bedenken gegen die Identität dieser jugendlichen Depressionen mit den Zuständen trauriger Verstimmung, welche Kraepelin als Involutionsmelancholie bezeichnet hat, nicht erwehren und zwar aus folgenden Gründen:

1. Unter den Melancholikern im Sinne Kraepelin's kommen gewiss nicht allzu selten nervöse und constitutionell verstimmte Individuen vor. Die Regel ist dies jedoch keineswegs, wie alle Autoren übereinstimmend betonen. Die jugendlichen Depressionen, von denen Fauser spricht, sind nun im Gegensatz hierzu durchweg bei solchen abnormen Individuen beobachtet worden.

2. Legt schon dieser Umstand den Verdacht nahe, dass es sich bei den juvenilen Angstzuständen um Psychosen handelt, die sich von der Melancholie unterscheiden, so wird dieser Argwohn noch verstärkt, wenn man Fauser's Angaben über das Vorkommen von Zwangsvorstellungen genauer betrachtet.

Dass Zwangsvorstellungen bei der Melancholie auftreten können, ist bekannt. Ebenso bekannt ist, dass dies nicht häufig der Fall ist. Noch seltener dürfte es sich aber wohl ereignen, dass aus den Zwangsvorstellungen sich Wahnideen entwickeln. Alle bekannteren Lehrbücher sowohl (Ziehen, Kraepelin, A. Westphal) wie auch die sonstigen diese Frage betreffenden Abhandlungen (Schott, Heller) sprechen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich übereinstimmend dahin aus, dass die Wahnideen der Melancholiker sich meist aus Erklärungsversuchen der krankhaft veränderten Gefühle herleiten lassen.

Wenn nun Fauser für seine jugendlichen Depressionen angiebt, dass sich bei diesen nicht selten, vielleicht sogar häufiger, als bei den Spätformen die Wahnvorstellungen aus einer wohlcharakterisirten Periode der Zwangsvorstellungen herausentwickeln, so kann man auch darin einen Unterschied zwischen den beiden Depressionsformen erblicken.

Ich möchte im Folgenden eine Beobachtung mittheilen, die wahrscheinlich hierher gehört:

Beobachtung 3. Johann Sch. früherer Postassistent, 30 Jahre alt. Aufg. 22. März 1907.

Anamnese: Vater starb an „Gehirnentzündung". Sonst über Heredität nichts bekannt. Pat. soll stets ein sonderbarer Mensch gewesen sein, der seinen Angehörigen viel Sorgen machte. Mit 9 Jahren bis in die letzte Zeit hinein starke Onanie. In den letzten Jahren auch nicht selten Alkoholmissbrauch. Körperliche Krankheiten hat er mit Ausnahme einer Hämoptoe angeblich nicht durchgemacht. Seit dem 19. Lebensjahr Postgehülfe. Juli 1906 nach Bestrafung wegen Unterschlagung eines Geldbriefes aus dem Postdienst entlassen.

Nach Verbüssung der 3monatigen Gefängnissstrafe (Sept. 1906) fühlte Pat. sich hypnotisirt. Später kam er mit Selbstvorwürfen heraus. Sei ein schlechter Mensch, sei im Gefängniss auf den Gedanken gekommen, protestantisch zu werden, daher sein ganzes Unglück. Glaubte, er solle geköpft werden. Lief seinen Angehörigen heimlich fort, fuhr nach M. Dort machte er Nachts in einem Hôtel Lärm, weil er sich verfolgt glaubte. Deshalb am 25. März 1907 nach Bonn.

Status. Stark erweiterte Pupillen, die aber auf Licht und Convergenz sich prompt verengern, alle Sehnenreflexe stark gesteigert. Linke Lungenspitze infiltrirt. Blasses, heruntergekommenes Aussehen.

Zeitlich und örtlich orientirt. Weiss auch über die Vorgänge in der letzten Zeit Bescheid. Glaubt, er sei in einer Vereinigung von Hypnotiseuren oder in der Hölle, das wisse er nicht genau. Er soll hier für seine früheren Sünden gemartert werden. Man wolle ihm Hände und Füsse abhacken. Er wolle ja gerne alles, was er gethan habe, bereuen. Hört, wie die anderen Pat. über ihn, über sein früheres Leben und seine jetzigen Gedanken sprechen. Er soll in die Luft gesprengt und dann in den Rhein geworfen werden. Sehr ängstlich.

1. April 1907. Wolle ja gerne alles über sich ergehen lassen, wenn es dann sein müsse. Es sei ihm, als wenn er in einer anderen Welt lebe. Wisse nicht, woran er sei. Blasse Gesichtsfarbe. Bisher keine Nahrungsverweigerung.

5. April 1907. Dauernd klar. Sucht sein früheres Verhalten dadurch zu erklären, dass er hypnotisirt gewesen sein müsse; ist ruhiger.

2. Mai 1907. Sitzt seit einigen Tagen wieder traurig ängstlich im Bett. Beginnt schon nach wenigen Worten zu weinen. Habe Angst, die sitze in der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Brust. Sei hier in der Vorhölle, hier sei eine ganz andere Welt. Sollte getötet werden, weil er Pole sei. Dürfe daher nicht essen. (Seit 4 Tagen vollständige Nahrungsverweigerung.) Verkennt Personen. Hält den Abtheilungsarzt für den Erzengel Michael.

Will vor das Bussgericht gebracht werden, habe unterschlagen und schlecht gelebt. Sei sehr ängstlich, das käme alles durch seine Gedanken.

Aengstlicher Gesichtsausdruck. Pat. spricht leise aber eindringlich, ringt oft die Hände, hält den Arzt fest und bittet, ihm zu helfen. Keine deutlichen Zeichen von Hemmung.

5. Mai 1907. Hält einen Arzt für Christus. Versichert ihm, was er sage, wolle er (Pat.) thun. Es wird ihm von dem betr. Arzte gerathen, Nahrung zu nehmen. Pat. kommt diesem Rathe sofort nach.

Wird einige Tage später von den Angehörigen gegen ärztlichen Rath abgeholt [1]).

Auch in dem vorliegenden Falle handelt es sich um einen von Jugend auf sonderbaren Menschen, der, wie nachgetragen sei, eine Reihe von Degenerationszeichen darbietet.

Er erkrankt, nachdem er eine monatelange entehrende Strafe, die gleichzeitig den Verlust des Amtes nach sich zog, verbüsst hatte, unter zahlreichen Sinnestäuschungen. Zu diesen gesellt sich später die Angst, so dass der Kranke nach einiger Zeit ein Zustandsbild bietet, das in jeder Beziehung denjenigen gleicht, die wir bei der Involutionsmelancholie zu sehen gewohnt sind.

Ist man nun aber auch wirklich berechtigt, die Psychose als eine echte Melancholie anzusprechen? Wohl nicht ohne weiteres, denn nicht der Angstaffect, sondern Sinnestäuschungen waren die zuerst beobachteten Erscheinungen. Die Letzteren sind nach einem schweren psychischen Trauma bei einem tuberculösen Menschen entstanden, der, an sich Psychopath, seinen Körper durch Alkohol und sexuelle Ausschweifungen stark geschwächt hatte.

Ferner wird bei Beurtheilung des Falles noch zu berücksichtigen sein, dass die Depression sowohl, wie die Wahnideen, welche wir bei unserem Kranken finden, nicht ganz unmotivirt sind. Die Psychose schliesst sich unmittelbar an eine schwere Gemüthserschütterung an und die Wahnideen nehmen, was ihren Inhalt anlangt, auf das affectbetonte Ereigniss Bezug. In unserer Beobachtung ist also im Gegensatz zur melancholischen Verstimmung ein hinreichender Grund für die Depression vorhanden.

---

1) Anmerkung bei der Correctur: Nach einer inzwischen eingelaufenen Mittheilung befindet sich der Kranke z. Zt. (August 1907) noch in dem gleichen Zustande, wie bei seiner Entlassung. Insbesondere sollen die Wahnvorstellungen und der Affect noch bestehen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Um zusammenzufassen, scheint es sich mithin, soweit die bisherigen Ermittelungen ergeben haben, um eine auf dem Boden der Degeneration erwachsene, durch Sinnestäuschungen mit nachfolgender trauriger Verstimmung charakterisirte Geistesstörung zu handeln, deren Identität mit der Kraepelin'scken Melancholie nach den vorstehenden Ausführungen gewiss nicht ohne jede Berechtigung in Zweifel gezogen werden kann (s. a. S. 40 u. ff.).

Aber selbst angenommen, die Zusammengehörigkeit wäre sowohl in unserem Falle, wie in denjenigen Fauser's sicher erwiesen, würden solche Beobachtungen, da sie anerkanntermaassen selten sind, nicht geeignet sein, die Behauptung Kraepelin's, die vor dem 30. Lebensjahre vorkommenden Depressionen seien niemals einfache, in endgültige Heilung ausgehende Formen, erheblich einzuschränken.

Diese Thatsache ist als ein wichtiges Argument zu Gunsten der klinischen Sonderstellung der Melancholie in's Feld geführt worden.

In der That muss man sich angesichts derselben die Frage vorlegen, warum einem Theil der im höheren Alter auftretenden Depressionen die Neigung zu Recidiven zu fehlen scheint, welche wir bei früh einsetzenden Zuständen von Angst oder trauriger Verstimmung fast gesetzmässig finden.

Es dürfte nicht leicht sein, hierfür eine befriedigende Erklärung zu geben. Wer nicht geneigt ist, die Sonderstellung der Melancholie anzuerkennen, wird mit einem gewissen Recht darauf hinweisen können, dass, wenn ich so sagen darf, der spät auftretenden Melancholie nicht einmal die Hälfte der Zeit zu Recidiven bleibt, welche der jugendlichen Depression dafür zu Gebote steht. Während diese 4—5 Jahrzehnte dafür hat, bleiben jener nicht mehr als zwei.

Nimmt man hierzu noch die oben erwähnte Erscheinung, dass beim manisch-depressiven Irresein ein Anfall dem anderen bisweilen erst nach Jahrzehnten folgt, dann würde zum mindesten für einen grossen Theil der Altersmelancholien die Erklärung gegeben werden können, dass in Fällen, in denen während des ganzen Lebens nur eine Depression auftrat, ein Recidiv wegen vorzeitigen Ablebens des Kranken unterblieb, dass es sich, um einen Ausdruck Kraepelin's zu gebrauchen, in einem solchen Falle um die einmalige Aeusserung einer sonst recidivirenden Psychose handelte.

Uebrigens erklärt man damit keineswegs alles. Es bleibt vielmehr noch eine zweite merkwürdige Erscheinung übrig, deren Ursache wir gleichfalls noch genauer zu erforschen haben, nämlich die Seltenheit der einmaligen, d. h. nicht recidivirenden Manie.

Ihr Vorkommen überhaupt in Abrede zu stellen, wie das früher

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geschehen ist, dürfte allerdings nicht angehen. Aus den Arbeiten von van Erp Talmann Kip, Hinrichsen, Mayser, Gaupp, Saiz und Walker geht doch wohl hervor, dass es vereinzelte Fälle von einmaliger acuter Manie giebt. Wie selten dieselben jedoch sind, kann man daraus entnehmen, dass ich unter mehreren Hundert eigens zu diesem Zwecke durchgesehenen Krankengeschichten nur zwei derartige Beobachtungen gefunden habe, und auch die halte ich aus verschiedenen Gründen für sehr wenig beweiskräftig.

Es könnte nun zur Erkärung dieser Erscheinung vielleicht darauf hingewiesen werden, dass Manien überhaupt im höheren Alter seltener vorkommen, als Melancholien.

Unter den 100 Fällen, welche dieser Arbeit zu Grunde liegen, fanden sich nur die beiden erwähnten Fälle von nach dem 50. Lebensjahre auftretender, nicht recidivirender Manie, gegenüber 21 Fällen von einfacher Melancholie, und 9 Fälle von periodischer Manie gegenüber 14 Fällen periodischer Melancholie.

Ob diese Erklärung aber ausreichend ist, wird wohl erst durch weitere Untersuchungen festgestellt werden müssen. Ganz wird man, wie mich dünkt, der Disproportionalität des oben erwähnten Zahlenverhältnisses damit nicht gerecht.

Ich habe es für nothwendig gehalten, diese beiden Gesichtspunkte noch einmal scharf hervorzuheben, weil sie von den Gegnern der Lehre von der Sonderstellung der Involutionsmelancholie vielfach nicht genügend gewürdigt worden sind. Thalbitzer z. B., der den Standpunkt Kraepelins als halb und unhaltbar bezeichnet, hat, wenn ich der einen seiner Arbeiten folgen darf — die andere war mir nicht zugänglich — diese beiden Momente nicht genügend berücksichtigt, andere Autoren haben sie ganz vernachlässigt. —

Wir kommen damit zu dem zweiten Argument, das zu Gunsten der Involutionsmelancholie vorgebracht worden ist.

Es soll nämlich meist eine Hemmung des Denkens und Handelns bei traurig verstimmten Circulären vorhanden sein, die Altersmelancholikern angeblich fehlt.

Weygandt geht sogar so weit zu sagen, dass bei der dem Involutionsalter angehörigen Melancholie von einer psychomotorischen Hemmung nicht die Rede sei.

Dieser Ausspruch ist nur verständlich, wenn man sich dessen erinnert, dass Kraepelin in Bezug auf das motorische Verhalten der traurig Verstimmten zwei Möglichkeiten unterscheidet. Bei den Circulären soll die centrale Auslösung der Handlungen erschwert, alle einzelnen Bewegungen, soweit sie einen Willensantrieb erfordern, mehr oder

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weniger verlangsamt sein und ohne Kraft geschehen, während bei Melancholischen durch die gemütliche Verstimmung die Schaffensfreudigkeit ungünstig beeinflusst wird. „Man kann sich, wie Kraepelin meint, „leicht davon überzeugen, dass nicht die Ausführung der Bewegungen „an sich erschwert ist. Die Kranken befolgen Aufforderungen ohne „Zögern, vollziehen alle Verrichtungen in natürlicher, freier Weise, wenn „auch ohne besondere Kraft und Schnelligkeit."

Bestimmte Kriterien, die uns eine Unterscheidung zwischen Hemmung und dem entsprechenden Zustande bei der Involutionsmelancholie ermöglichten, sind bisher nicht angegeben worden.

Nicht wenige Forscher haben in Folge dessen überhaupt bezweifelt, dass die Verlangsamung der Bewegungen bei Circulären und Melancholischen verschieden bedingt sei.

Dieser Zweifel ist auch anscheinend nicht unberechtigt, denn es giebt Fälle von einmal im Leben auftretender Depression, die einerseits den Charakter der Angstmelancholie tragen, andererseits bezüglich des äusseren Verhaltens durchaus das Bild der psychomotorischen Hemmung darbieten. Die Kranken befolgen Aufforderungen entweder überhaupt nicht oder nur nach längerem Zögern; führen sie einen Auftrag aus, so geschieht das in langsamer, unfreier Weise. Ihre Antworten erfolgen mit leiser Stimme, stockend. Zwischen den einzelnen Worten sind oft lange Pausen eingeschaltet, Spontanbewegungen werden selten beobachtet, die Haltung ist zusammengesunken, kurz, die Kranken machen durchaus den Eindruck, dass bei ihnen die centrale Auslösung der Handlungen erheblich erschwert ist, und trotzdem sind es Involutionsmelancholien.

Zur Illustration des eben Gesagten folgendes Beispiel:

Beobachtung 4. Gerhard Pr., 58 Jahre alt, Berginvalide.

Anamnese: Ueber Heredität nichts bekannt. Pat. ist glücklich verheirathet. Seit mehreren Jahren „traurig und neurasthenisch".

Nov. 1906 Erkältung. Im Verlaufe derselben wurde Pat. schwermüthig, schlaflos, äusserte Todesgedanken. In letzter Zeit Nahrungsverweigerung, Angst, Flucht- und Suicidversuche, grosse Unruhe, Gehörstäuschungen.

Februar 1907. Aufnahme; Zunächst ruhig, leicht traurig. Pat. sitzt zusammengesunken mit gefalteten Händen im Bett. Der Blick ist auf die Decke gerichtet. Leichte Aufforderungen befolgt er zögernd. Die Bewegungen erfolgen langsam und ohne Kraft. Spontanbewegungen fehlen fast ganz. Die Antworten, welche auf Anreden erfolgen, werden mit leiser Stimme und stockend vorgebracht. Zwischen den einzelnen Worten oft grosse Pausen. Es gelingt nur schwer, einige Angaben vom Pat. zu erzielen. Er habe Angst, fühle, dass er seine Gedanken nicht sammeln könne. Das Arbeiten und Denken sei ihm in letzter Zeit schwer gefallen. Habe Sorgen gehabt.

Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Es gehe ihm schlecht, er könne keinen Urin lassen, habe Schmerzen im Unterleib. Sei verstopft.

Körperlich: seniler Habitus, doppelseitiger Leistenbruch. Im Uebrigen o. B.

10 Tage später: Pat. ist jetzt verändert. Die Angst hat zugenommen. Er sitzt jammernd im Bett, klagt über Herzbeklemmungen und Schlaflosigkeit.

Mitte März: Zeitlich und örtlich orientirt. Kein gröberer Intelligenzdefect. Pat. bittet, ihn zu schützen, denn er habe die Leute in der Anstalt reden hören, er solle gefesselt werden, die Glieder sollten ihm zusammengeschnürt werden. Man wollte ihn geisseln und furchtbar quälen. Bittet Ref., so oft er ihn erblickt um Gnade.

Ende März: Hört die Leute noch immer sprechen, dass er gegeisselt werden solle. Hat sie auch mehrfach gesehen.

Mitte April: Noch immer sehr traurig und niedergeschlagen. Der ganze Wachsaal habe sich gegen ihn verbündet. Er habe Geld gestohlen, das sei aber nicht wahr, er habe sogar einem anderen Kranken Geld geschenkt. Er habe darüber auch seiner Frau geschrieben. Seine Frau habe ihm geantwortet, aber der Brief sei ihm nicht ausgehändigt, sondern draussen vorgelesen worden. Die Leute sagten, er habe aus der Rinne des Abortes getrunken, das sei aber nur böswillige Verleumdung, das habe er nie gethan. Es würde über ihn geschimpft, dass er faul sei, nicht arbeiten wolle. Wenn für ihn Dienst angesetzt würde, dann thäte er den gern.

Pat. spricht sehr fliessend, unterbricht sich nur von Zeit zu Zeit durch Klagen über sein grosses Unglück, betont dabei zwischendurch immer wieder, dass er Angstgefühl verspüre, welches er in die Herzgegend localisirt.

In den letzten 14 Tagen beginnt die ängstliche Erregung abzuklingen.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass wir es in dem vorliegenden Falle mit einer sog. Involutionsmelancholie zu thun haben, deren Verlauf jedoch insofern nicht ganz gewöhnlich ist, als ausserordentlich zahlreiche Sinnestäuschungen auftraten und das Krankheitsbild wochenlang ganz beherrschten.

Ferner aber ist das motorische Verhalten des Patienten im Beginn der Anstaltsbehandlung höchst bemerkenswerth. Da ist eine Krankheitsphase verzeichnet, in der er alle diejenigen Zeichen bot, welche von Kraepelin als charakteristisch für eine psychomotorische Hemmung angesehen werden. Es fehlen alle Spontanbewegungen. Aufforderungen werden zögernd und ohne Kraft ausgeführt, Antworten erfolgen mit leiser Stimme. Zwischen den einzelnen Worten macht Pat. lange Pausen. Es sitzt den ganzen Tag in zusammengesunkener Haltung im Bett, hat selbst das Gefühl, als ob ihm das Denken schwer falle, und berichtet, dass ihm unmittelbar vor der Aufnahme auch die Arbeit schwer gefallen sei.

Diese Phase der Krankheit dauert im ganzen etwa 12 Tage. Dann steigert sich die Angst wieder und es treten massenhafte Verfolgungs-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Beziehungsideen, Sinnestäuschungen, und zwar solche hauptsächlich des Gehörs und Gesichts, auf, während von einer Verlangsamung des Vorstellungsablaufes, einem Ausfall von Spontanbewegungen nicht mehr die Rede sein kann. Pat. führt jetzt alle Bewegungen, zu denen er aufgefordert wird, ohne Zögern aus, er spricht, wenn man ihn fragt, von seinen vermeintlichen Verfolgern, beobachtet die übrigen Kranken des Saales, weil er glaubt, sie hätten sich gegen ihn verschworen, und ist zeitweise sehr unruhig, besonders dann, wenn die Angst zugenommen hat.

Fassen wir zusammen, so lehrt uns die eben beschriebene Beobachtung, dass Fälle, die klinisch alle wesentlichen Zeichen der Involutionsmelancholie erkennen lassen, wenigstens zeitweise das Bild ausgesprochner psychomotorischer Hemmung darbieten können[1]).

Dass auch umgekehrt bei circulären Depressionen die Hemmung fehlen kann, ist so bekannt, dass es überflüssig erscheint, ein klinisches Beispiel dafür hier anzuführen.

Es folgt jedenfalls aus dem Vorstehenden, dass in dem Vorhandensein oder Fehlen der psychomotorischen Hemmung ein constantes Unterscheidungsmerkmal zwischen dem depressiven Anfall des circulären Irreseins und der sog. Involutionsmelancholie nicht gesehen werden kann.

Büsst dadurch schon das Symptom erheblich an Bedeutung ein, so wird ihm, wie mich dünkt, ein weiterer Theil derselben genommen, wenn man sich einer anderen Thatsache erinnert, die von Wollenberg, Kölpin und vor 2 Jahren von Gaupp hervorgehoben worden ist, nämlich, dass periodische Verstimmungen, deren erster Anfall bereits in früher Jugend auftrat und durchaus das Bild der Hemmung bot, in späteren Attaquen den Charakter der Angstpsychose annehmen können. Kölpin hat einen derartigen Fall beschrieben.

Bemerkenswerth erscheint mir dabei noch der Umstand, dass dieser Wechsel des klinischen Bildes, soweit meine Kenntnisse reichen, meist erst im höheren Lebensalter, um die Zeit des Klimakteriums oder noch später erfolgt, eine Erfahrung, die möglicherweise darauf hindeutet, dass wir in dieser Aenderung nichts weiter als den modificirenden Einfluss des zunehmenden Alters auf den Verlauf einer circulären Psychose erblicken dürfen.

---

1) Derartige Fälle dürften übrigens auch besonders geeignet sein, das Verhältniss zwischen depressivem Affect und motorischem Verhalten zu studiren. Es ist vor allem die Frage, warum sich einmal mit einem Depressions- oder Angstzustand Hemmungserscheinungen, ein anderes Mal Symptome motorischer Unruhe verbinden, welche an diesen Beobachtungen eingehender, als das bisher geschehen ist, geprüft werden muss.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nicht gerade zu Gunsten dieser Ansicht spricht allerdings der Umstand, dass die erwähnte Modification des Krankheitsbildes anscheinend nicht sehr häufig eintritt. Jedenfalls wird uns dadurch nahe gelegt, überhaupt einmal den Einfluss des zunehmenden Alters auf das klinische Bild und den Verlauf des circulären Irreseins eingehender zu studiren.

Dass ein solcher möglicherweise besteht, ist von verschiedenen Autoren angenommen worden und zwar auf Grund folgender Thatsachen:

1. Erstens bricht ein sehr grosser Theil aller einmal im Leben auftretenden Melancholien in der Zeit des Klimakteriums oder Seniums aus.

Nicht weniger bekannt ist, dass die recidivirenden Depressionen häufig gleichfalls erst nach dem 45. Jahre auftreten. Unter meinen 31 Fällen geschah das bei 17 (also bei 56,7 pCt.). Bei anderen Fällen wieder bleibt nach einem oder mehreren in der Jugend durchgemachten Anfällen trauriger Verstimmung die ganze Zeit bis fast zur Schwelle des Greisenalters frei von psychischen Störungen. Erst um diese Zeit setzen neue Anfälle ein. Ich erinnere an die oben kurz scizzirte Beobachtung 2, die nach 44jähriger Pause einen depressiven Anfall registrirt.

Erhöhte Bedeutung gewinnen die eben angeführte Momente, wenn man den Umstand in Rechnung zieht, dass es keine functionelle Psychose giebt, die so häufig im höheren Lebensalter zum ersten Male einsetzt, wie das circuläre Irresein und die Involutionsmelancholie. Die folgenden Zahlen mögen das zeigen:

Von 952 Aufnahmen aus den letzten $1^1/_2$ Jahren (612 Männer und 340 Frauen) waren 20 pCt. nach dem 45. Lebensjahre zum ersten Mal erkrankt. Von diesen litten 35 pCt. an functionellen Psychosen, und zwar handelte es sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um Manieen und Melancholien, nur ein verhältnissmässig kleiner Bruchtheil, etwa ein Drittel bestand aus anderen functionellen Geistesstörungen.

2. Wir werden uns ferner zu fragen haben, woher es kommt, dass sich im höheren Alter die manischen Anfälle — besonders bei Männern — bisweilen so häufen.

3. Weiterhin dürfte zu berücksichtigen sein, dass bei den circulären Formen der Verlauf gewisse Modificationen erfährt. So habe ich z. B. mehrfach beobachtet, dass bei Frauen, die anfangs in regelmässigem Wechsel manisch oder traurig verstimmt wurden, im höheren Alter die manischen Phasen ausblieben und statt dessen nur Depressionen zur Beobachtung kamen. Das umgekehrte Verhältniss, dass nach mehreren Cyklen nur heitere Erregungen folgten, ist mir unter den zu dieser Arbeit verwandten Fällen hauptsächlich bei Männern begegnet. Sehr gut stimmen mit dieser Erfahrung zwei andere überein, nämlich, dass mit zunehmendem Alter bei Frauen die Zahl der manischen Anfälle des

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

circulären Irreseins überhaupt hinter derjenigen der Depressionen deutlich zurückbleibt, und dass die Zahl der Anfälle der im höheren Lebensalter beginnenden periodischen Melancholien diejenige der periodischen Manien übertrifft. Ich verweise in dieser Beziehung auf die Tabelle I und II; aus der Letzteren ergiebt sich, dass auf 28 nach dem 50. Lebensjahre beobachtete manische Anfälle 69 depressive kamen, während die erstere zeigt, dass 13 periodischen Manien 21 periodische Melancholien gegenüberstehen.

Tabelle II. Vertheilung der Anfälle.

Männer:

	12—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—79
	Jahre						
manische	—	11	19	4	31	57	8
depressive	5	4	5	21	37	44	14

Frauen:

	12—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—79
	Jahre						
manische	—	12	56	28	16	8	4
depressive	3	7	10	35	27	29	13

5. Nicht unerwähnt darf ferner, wenn man von dem Einflusse des höheren Lebensalters auf den Verlauf des manisch-depressiven Irreseins spricht, der Umstand bleiben, dass bei manchen manischen Kranken die späteren Anfälle leichter verlaufen und schneller heilen, als in der Jugend. Schliesslich ist auch daran zu erinnern, dass in einzelnen Fällen — Matusch hat solche beschrieben — sich richtige Cyklen erst nach dem Cessiren der Menses einstellen.

Wenn ich oben sagte, dass meines Erachtens der modificirende Einfluss des Involutionsprocesses auf das psychische Verhalten der Circulären genauer studirt werden müsste, so meine ich das folgendermaassen:

Wir wissen aus den Arbeiten von Clemens Neisser, Schott, A. Westphal, Kölpin, Wollenberg u. A., dass durchgreifende, absolut zuverlässige klinische Unterscheidungsmerkmale zwischen der Altersmelancholie und dem depressiven Anfall des circulären Irreseins uns bis heute noch nicht bekannt geworden sind. Auch die ätiologischen Forschungen, wie sie in den verdienstvollen Arbeiten von Saiz, Lip-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schitz, Walker u. A. sowie den Erblichkeitsforschern vorliegen, haben uns solche Unterscheidungsmerkmale nicht gebracht — ich werde weiter unten hierauf noch zurückkommen. Dagegen sind uns, wie oben ausgeführt wurde, eine ganze Reihe von Thatsachen bekannt, die von vielen Forschern dahin gedeutet werden, dass die Involution — diesen Begriff im weitesten Sinne genommen — sowohl den Verlauf des circulären Irreseins und der periodischen Melancholie und Manie im ganzen, wie auch das klinische Bild des einzelnen Anfalles zu modificiren vermag.

Unter diesen Umständen hat man m. E. die Pflicht zu prüfen, in welchem Umfange dies geschieht. Sollte sich z. B. — um zunächst nur einen Punkt herauszugreifen — ergeben, dass bei periodisch Melancholischen mit zunehmendem Alter die einzelnen Anfälle öfters das Symptom der Hemmung verlieren und statt dessen den Charakter der Angstmelancholie annehmen, mit anderen Worten, sollten Fälle, wie der oben citirte Kölpin'sche häufiger vorkommen, so würde das nicht zu Gunsten der klinischen Sonderstellung der Involutionsmelancholie sprechen.

Wenn ich nach meinem eigenen Material urteilen darf, sind derartige Fälle allerdings nicht sehr zahlreich. Ich habe keine einzige Beobachtung aufzuweisen, die von einer strengen Kritik als einwandsfrei befunden worden wäre.

Es wird daher Sache weiterer Forschungen sein, einwandsfreies klinisches Material beizubringen und gleichzeitig statistische Erhebungen über die Häufigkeit dieser Fälle anzustellen. —

In dem Abschnitte seines Buches, in welchem Kraepelin den Begriff des manisch-depressiven Irreseins so präcisirt, wie er ihn in der weiteren Darstellung abgegrenzt wissen will, geht dieser Autor auch auf die sog. einfache Manie näher ein. Er führt aus, dass es ihm nicht angängig erscheint, dieselbe aus dem Bereiche des circulären Irreseins auszuschliessen, da zwischen dem Letzteren, der periodischen und einfachen Manie fliessende Uebergänge existirten. „Von der einfachen „Manie führen die zahlreichen Beobachtungen mit 2, 3, 4 Anfällen im „Leben ganz unmerklich zur periodischen Form hinüber, und von dieser „gelangen wir zum circulären Irresein durch jene Fälle, in denen immer „deutlichere depressive Vor- oder Nachstadien das reine Bild der Manie „allmählich trüben, oder in denen die lange Reihe der manischen An„fälle unvermuthet durch einen Depressionszustand unterbrochen wird."

Die Richtigkeit der obigen Ausführungen wird niemand bestreiten können. Es liegt aber angesichts dieser Thatsachen die Frage nahe, ob nicht auch zwischen der einmaligen Melancholie — der Psy-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

chose, welcher Kraepelin eine klinische Sonderstellung einräumen zu müssen glaubt — und dem manisch-depressiven Irresein gleichfalls so zahlreiche Uebergänge bestehen, dass jede Abgrenzung illusorisch erscheint.

Und in der That, wenn man eine grössere Reihe Krankheitsgeschichten von Circulären, periodisch Melancholischen und Altersmelancholikern nebeneinander hält und sich dann die Frage vorlegt, wo die Grenze zwischen der Kraepelin'schen Melancholie und dem circulären Irresein zu ziehen sei, dann wird man bekennen müssen, dass es unmöglich ist, eine solche Grenze zu finden. Von den typisch cyclisch verlaufenden Fällen bis zur einmal im höheren Alter auftretenden Melancholie giebt es unendlich feine Uebergänge, die jede Abgrenzung illusorisch machen.

An die in regelmässigem Wechsel zwischen manischer und depressiver Phase schwankenden Formen, reihen sich diejenigen an, wo dieser Wechsel aufhört, die Regel zu bilden, wo die depressiven Phasen an Zahl überwiegen. Es folgen jene Fälle, in denen die manischen Stadien wenig ausgesprochen, so zu sagen rudimentär ausgebildet gefunden werden.

Das nächste Glied der Kette wird von Kranken gebildet, die ausgesprochene Depressionszustände neben Mischzuständen aufzuweisen haben. Je weniger manische Züge die Letzteren enthalten, desto mehr nähert sich das klinische Bild der periodischen oder recidivirenden Melancholie. Von dieser wird der Uebergang zur einfachen Melancholie durch Fälle gebildet, die zunächst einen oder einige kurze und wenig ausgesprochene Depressionszustände aufweisen, welche die Grenze des Physiologischen kaum überschreiten, häufig von der Umgebung nur als eine ungewöhnlich lebhafte und lange andauernde Reaction auf eine körperliche oder seelische Schädigung angesehen werden. Diese Zustände kehren 1 oder 2 Mal in unregelmässigen Zwischenräumen wieder, bis eines Tages ein ausgesprochener schwerer melancholischer Anfall einsetzt, der klinisch bisweilen alle Kriterien der Altersmelancholie aufweist, ausheilt und sich später nicht mehr wiederholt. Unter meinen 100 Kranken fanden sich 3 solche Fälle. Wohin soll man nun derartige Beobachtungen rechnen? Wo soll man innerhalb dieser Reihe überhaupt eine Grenze ziehen, und, wenn man dies wirklich thut, hat man ein Recht, die diesseits und jenseits dieser Grenze rubricirten Fälle als ihrem ganzen Wesen nach von einander verschieden anzusehen?

Schon Thalbitzer hat darauf hingewiesen, dass dasjenige, was Kraepelin für die sog. „einfache" Manie gesagt hat, auch für die einmal im Leben auftretende Melancholie gelten könnte. Dass von ihr

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zum circulären Irresein fliessende Uebergänge vorhanden sind, steht, wie die obigen Ausführungen gezeigt haben, ausser Zweifel. Es wird auch wohl kaum zu bestreiten sein, dass jede Grenze, wo auch immer man sie zieht, als eine künstliche erscheinen muss, der allenfalls zu Lehrzwecken, niemals aber als ätiologisches Eintheilungsprincip eine gewisse Daseinsberechtigung zuzuerkennen sein dürfte.

Ehe wir das Kapitel der Beziehungen zwischen dem circulären Irresein und der Involutionsmelancholie verlassen können, haben wir noch zweier Factoren zu gedenken.

Kraepelin sagt (S. 464), als die Zeichen der Rückbildungsmelancholie müsse man die langsame Entwickelung, den einförmigen Verlauf, die lange Dauer, die allmälige Lösung und die zweifelhafte Prognose bezeichnen.

Was die langsame Entwickelung anlangt, so führt er an anderer Stelle aus, dass meist bereits Monate, bisweilen selbst Jahre lang „allerlei unbestimmte Anzeichen voraufgehen, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Mattigkeit, Schwere in den Gliedern, Herzklopfen, Ohrensausen, Arbeitsunlust. Die Kranken werden niedergeschlagen, verzagt, weinerlich, ängstlich, wüste Gedanken steigen ihnen auf, Sorgen, Befürchtungen, Zweifel, Selbstquälereien. Sie fühlen sich schwer krank, dumm im Kopf, sind zerstreut, vergesslich, bringen nichts mehr fertig, jammern und wehklagen".

Wenn wir von den körperlichen Erscheinungen absehen, ist es also in erster Linie eine tiefgreifende Umwandelung der Persönlichkeit, welche der eigentlichen Psychose voraufgeht und oft auch nach Heilung der Letzteren zurückbleibt.

Wie Matusch in seiner Arbeit ausführlich dargethan hat, handelt es sich hierbei um körperliche und seelische Veränderungen, die als Zeichen der eingetretenen Involution aufgefasst werden müssen.

Wir wissen, dass auch bei geistesgesunden Frauen diese Symptome zur Zeit des Klimacteriums häufig gefunden werden. Gerade aus diesem Grunde aber könnten sie geeignet erscheinen, die sogenannte Involutionsmelancholie zu einer specifischen Psychose des höheren Lebensalters zu stempeln, sie in engere Abhängigkeit zu den Rückbildungsvorgängen des Körpers und Geistes zu bringen, als das circuläre Irresein. Eine solche müsste insbesondere dann angenommen werden, wenn wir ähnliche Charakteränderungen beim circulären Irresein regelmässig vermissten. Das ist nun aber keineswegs der Fall. Es giebt Beobachtungen, bei denen kein Zweifel darüber bestehen kann, dass circuläres Irresein vorliegt, und trotzdem setzen ihre depressiven Anfälle ganz allmälig ein. Der ersten Attaque geht eine über Monate oder Jahre sich erstreckende

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeit voraus, in der körperliche Beschwerden, wie sie oben angeführt wurden, auftreten, mit denen sich eine deutliche Umwandelung der Persönlichkeit verbindet.

Es handelt sich in diesen Fällen durchgängig um Patienten, die zum ersten Male um die Zeit des Klimacteriums erkranken.

Es giebt ferner Manisch-Depressive, die eine Reihe von (acut beginnenden) depressiven Anfällen in der Pubertät und im Mannesalter durchmachen, ohne dass jene für die Involutionsmelancholie als charakteristisch angesehenen Veränderungen auftreten. Erst später, gelegentlich eines im 5. oder 6. Lebensjahrzehnt einsetzenden neuen Anfalles stellen sich die erwähnten Vorläufer ein.

Aus dem Vorhandensein derartiger Beobachtungen folgt, dass es nicht angängig ist, diese körperlichen und seelischen Erscheinungen als für die Involutionsmelancholie kennzeichnend anzusehen. Sie zeigen nur an, dass bei dem betreffenden Individuum die Rückbildung des Körpers — und damit auch diejenige des Gehirns — begonnen hat.

Da sie sowohl bei Circulären, wie bei Altersmelancholikern vorkommen, wird man sie jedenfalls nicht als differentialdiagnostisches Merkmal zwischen beiden benutzen dürfen.

Bemerkenswerth ist allerdings, dass man die Erscheinungen bei Manisch-Depressiven, die in das höhere Alter gelangt sind, nicht ganz so häufig beobachtet, als bei Altersmelancholikern. Weshalb das nicht geschieht, ist schwer zu erklären. Man wird für einen Theil der Fälle z. B. diejenigen, in denen die manischen Anfälle überwiegen, vielleicht verstehen können, dass eine Umwandelung der Persönlichkeit in depressivem Sinne ganz ausbleibt. Weiter wird bei solchen Kranken, die nur kurze freie Intervalle zwischen den einzelnen Anfällen aufzuweisen haben, eine Charakteränderung gar nicht deutlich in die Erscheinung treten, selbst wenn sie vorhanden ist. Aber diese beiden Momente genügen wohl doch nicht, das häufigere Vorkommen der prodromalen Erscheinungen bei den Altersmelancholikern ausreichend zu erklären.

Eine andere Frage ist noch angesichts der eben erwähnten Thatsachen aufzuwerfen.

Ist das beobachtete Auftreten einer Charakteränderung bei Melancholischen und in höherem Alter stehenden Circulären blosser Zufall oder deutet dasselbe doch auf einen Zusammenhang zwischen Involution und Psychose hin?

Wie bereits weiter oben ausgeführt wurde, haben sich verschiedene Forscher in dem Sinne ausgesprochen, dass das manisch-depressive Irresein besonders häufig in der Pubertät und häufiger als alle anderen functionellen Psychosen auch im Klimacterium aufträte.

Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Die letztgenannte Zeit hat auch die weitaus meisten Involutionsmelancholien aufzuweisen. Wenn wir diese beiden Thatsachen mitberücksichtigen, dann werden wir in dem Auftreten der Charakterveränderung bei beiden Krankheiten wohl keinen Zufall erblicken dürfen, eher sogar ein weiteres Argument zu Gunsten der Ansicht jener Autoren, welche annehmen, dass die Involutionsmelancholie klinisch und ätiologisch zum circulären Irresein gehöre und dass beide Erkrankungen in naher Beziehung zu den Generationsvorgängen des Körpers stehen.

Wir haben soeben gesehen, dass der allmälige Beginn des Leidens keineswegs als kennzeichnend für die Involutionsmelancholie angesehen werden darf. Wie steht es nun mit der Prognose? Ist die bei der Involutionsmelancholie erheblich schlechter als beim circulären Irresein?

Wer eine brauchbare Antwort auf diese Frage erhalten will, der muss dem Umstande Rechnung tragen, dass ein nicht geringer Theil der circulären Fälle in jungen Jahren[1]) zum Ausbruch kommt, während die Altersmelancholie erst später einsetzt.

Vernachlässigt man dieses Moment, dann erscheint unter der Rubrik „circuläres Irresein“ in den Statistiken eine Reihe von Fällen, die noch in so jungen Jahren stehen, dass eine Combination mit Altersdemenz nicht eintreten konnte.

Es ist leicht einzusehen, dass dieser Umstand geeignet sein kann, zu falschen Schlüssen zu führen.

Die Zahlen, welche ich im Folgenden bringen möchte, sind an einem besonders dem Zweck angepassten Materiale gewonnen, und zwar nach dem Gesichtspunkte, dass die Fälle mindestens das 40. Lebensjahr erreicht haben mussten. Wann sie zum ersten Male geistig erkrankt waren, blieb sich gleich.

Es wurde in Procenten berechnet, in wie viel Fällen die Combination mit seniler Demenz eintrat, wie oft die Kranken im Verlaufe der Psychose starben[2]) und wie hoch sich die Zahl der Geheilten und Gebesserten belief.

---

1) In jungen Jahren aber wird ein Ausgang in Demenz nie beobachtet, ebenso sind Todesfälle an intercurrenten Krankheiten selten.

2) Bei den Todesfällen handelte es sich immer um hinzugetretene körperliche Erkrankungen. Es bestand also nur ein mittelbarer Zusammenhang zwischen Todesursache und Psychose.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle III[1]).

	Uebergang in sen. Dem.	†	Geh. od. geb.[2])
Involutionsmelancholie:	11 pCt.	40 pCt.	49 pCt.
periodische Melancholie:	9,1 „	36,4 „	54 „
Circuläres Irresein:	19 „	26 „	55 „

Da mein Material nur klein ist, darf es keine uneingeschränkte Geltung beanspruchen. So dürfte z. B. eine Mortalität von 40 pCt. bei der Involutionsmelancholie ausserordentlich hoch sein. Kraepelin giebt nur 30 pCt. an.

Jedenfalls folgt aus diesen Zahlen aber wohl eins, nämlich dass die Prognose des circulären Irreseins und der periodischen Melancholie sich von derjenigen der Involutionsmelancholie nicht so wesentlich unterscheidet, als man bisher vielfach angenommen hat.

Wie schon verschiedentlich angedeutet wurde, betrachte ich diejenigen Fälle von Melancholie, welche in eine mehr oder minder erhebliche Demenz ausliefen, als eine Combination der functionellen Psychose „Melancholie“ mit der organischen Gehirnerkrankung „senile Demenz“.

Die gleiche Verbindung finden wir bei den periodischen Melancholieen und den circulären Formen gar nicht so selten. Hier zeigt sich dann auch deutlich, dass die functionelle Psychose und die senile Demenz nur mittelbar zu einander in Beziehung stehen. Denn während der depressive Anfall der periodischen Melancholie abheilt, bleibt der Altersschwachsinn bestehen und verdeckt bisweilen einen neu einsetzenden Anfall fast ganz.

Die Abhängigkeit der senilen Demenz von der Melancholie erkläre ich mir so, dass die Ernährungsstörungen, welchen das Gehirn in Folge der mangelhaften Nahrungsaufnahme, der Arteriosklerose und möglicher Weise auch in Folge von endogenen, uns noch unbekannten Aenderungen des Stoffwechsels ausgesetzt ist, zum Untergang zahlreicher Rindenzellen führen.

Der Umstand, dass nur ein bestimmter Theil der Melancholiker in senile Demenz verfällt, deutet darauf hin, dass weitere Factoren dabei im Spiele sind, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden soll.

---

1) Zu dieser Tabelle wurden 149 Fälle benutzt.

2) Hier sind auch einige in chronische Melancholie übergegangene Fälle mitgezählt.

Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Klinische Merkmale, welche uns gestatteten, den Ausgang der Melancholie in senile Demenz vorauszusagen, sind bisher nicht angegeben worden. Dass hohes Alter und starke Arteriosklerose die Möglichkeit eines ungünstigen Ausganges nahe legt, ist bereits von Kraepelin, A. Westphal, Wollenberg u. A. hervorgehoben worden; dieselben Autoren haben aber auch betont, dass die Demenz keineswegs immer einzutreten braucht.

Ausser dem Ausgang in Heilung oder senile Demenz muss hier noch eine andere Verlaufsart besprochen werden.

Es giebt Fälle, die in einen Zustand chronischer Depression übergehen, in dem der Affect abblasst, Wahnvorstellungen zurücktreten oder sogar ganz schwinden, in dem auch das äussere Verhalten nicht mehr so charakteristisch ist, wie bei den acuten Fällen.

Diesen Zustand als Ausdruck eingetretener geistiger Schwäche aufzufassen, erscheint wohl nicht ohne Weiteres angängig und zwar deshalb nicht, weil man nicht allzu selten die Erfahrung macht, dass die scheinbare geistige Schwäche oft noch nach Jahren schwindet. Richtiger scheint es mir, da von einem Uebergang in chronische Melancholie analog der chronischen Manie zu sprechen. Wo wirkliche „Demenz" eintritt, handelt es sich, wie schon oben ausgeführt wurde, immer um ältere Individuen, bei denen eine Complication — nämlich der auf organischen Veränderungen beruhende Altersschwachsinn — zu der Melancholie hinzugekommen ist.

Ich glaube auf diese Unterscheidung Werth legen zu müssen, weil darauf, dass man dieselbe bisher vernachlässigt hat, wohl zum Theil die Annahme beruht, dass die Melancholie Kraepelin's eine erheblich schlechtere Prognose böte, als das circuläre Irresein.

Ebensowenig, wie man berechtigt ist, bei einem Paranoiker, der als älterer Mann seine Wahnideen nicht mehr mit demselben Eifer verficht, wie 20 Jahre vorher, den Eintritt eines geistigen Schwächezustandes anzunehmen, ebenso wenig darf man dies bei der Melancholie thun, sofern dieselbe chronisch geworden ist. Wenn hier der Affect abblasst und die Wahnvorstellungen zurücktreten, dann werden krankhafte Symptome gemildert oder schwinden. Der Kranke hat sich also gebessert, er ist aber nicht dement geworden.

Die Bedeutung dieser Fälle von chronischer Melancholie liegt noch auf einem anderen Gebiete.

Wie früher schon ausgeführt wurde, unterscheiden verschiedene Autoren zwischen einer centralen Hemmung des Denkens und Wollens beim circulären Irresein und einer ungünstigen Beeinflussung der Denkthätigkeit und des motorischen Verhaltens durch die Angst bei der In-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

volutionsmelancholie. Diese Unterscheidung ist nicht von allen Forschern anerkannt. Es sind wohl nicht mit Unrecht gewichtige Bedenken dagegen geltend gemacht worden.

Sieht man nun die chronischen Melancholien unter diesem Gesichtspunkte an, so findet man, dass bei ihnen in erster Linie eine Entschluss- und Leistungsunfähigkeit übrig bleibt, während der Angstaffect vollständig schwindet. Ein Kranker, den wir augenblicklich auf der Abtheilung haben, beschreibt seinen Zustand sehr schön mit den Worten: „Angst habe ich keine mehr, aber ich muss mich ganz ruhig halten".

Dieses „sich ruhig halten müssen" haben wir wohl als das Residuum jener Pseudohemmung, welche Kraepelin bei der Involutionsmelancholie annimmt, anzusehen.

Wenn dieselbe aber nun von der Angst abhängig sein soll, wie ist es dann möglich, dass sie in den Fällen chronischer Melancholie oft noch lange nach dem Schwinden derselben beobachtet wird? Sollten nicht auch diese Thatsachen darauf hindeuten, dass ein Unterschied zwischen centraler Hemmung und Beeinflussung der Denkthätigkeit durch die Angst nicht besteht, dass auch die bei der Involutionsmelancholie beobachtete Störung des Denkens und Wollens echte Hemmung ist? —

Fälle der Art, wie sie Ziehen (S. 353) beschreibt, in denen sich sog. „secundärer Schwachsinn" ausbildet, sind wohl ausserordentlich selten. Ich selbst habe derartige Kranke bisher nicht gesehen[1]).

Wenn man die Beschreibung dessen liest, was Ziehen darunter versteht, wird man vielleicht auch zweifeln, ob derartige Fälle überhaupt zur Kraepelin'schen Involutionsmelancholie zu rechnen sind. —

In den vorstehenden Ausführungen glaube ich gezeigt zu haben, dass es nicht angängig ist, die langsame Entwickelung und die zweifelhafte Prognose als kennzeichnend für die Involutionsmelancholie anzusehen. Bezüglich der übrigen Merkmale, welche Kraepelin noch angiebt, kann ich mich kürzer fassen.

Wenn darunter die lange Dauer des Leidens auch genannt wird, so ist darauf hinzuweisen, dass es circuläre Fälle giebt, die zur Heilung mindestens ebensoviel, ja noch mehr Zeit gebrauchen. Ich citire nur die von Thomsen erwähnte Beobachtung, in der eine periodische Melancholie in regelmässigen Abständen von 4 Jahren auftrat und dann jedesmal 4 Jahre dauerte[2]).

---

1) Schott scheint unter seinen Kranken derartige Beobachtungen auch nicht gehabt zu haben.

2) Die Kranke ist später in der hiesigen Klinik weiter behandelt worden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im übrigen können, was die Dauer der Erkrankung anlangt, überhaupt bestimmte Regeln nicht aufgestellt werden, weder für die Involutionsmelancholie noch für das circuläre Irresein. Dass bisweilen auch die Chancen des einzelnen Anfalles bezüglich der Zeitdauer mit zunehmendem Alter schlechter werden, hat A. Westphal bereits hervorgehoben. —

Von den übrigen als Cardinalsymptome angegebenen Krankheitszeichen hat allenfalls eins eine gewisse Berechtigung.

Es tritt in einer Reihe von Fällen bei der Involutionsmelancholie die innere Beunruhigung stark hervor, während bei den circulären Depressionen die gedrückte und hoffnungslose Stimmung auffällt.

Uneingeschränkte Geltung kann aber auch dies Symptom nicht beanspruchen.

Nachdem im Vorstehenden einige wichtige Punkte, welche für die Beziehungen zwischen dem manisch-depressiven Irresein und der Involutionsmelancholie eine gewisse Bedeutung besitzen, besprochen worden sind, soll im Folgenden auf das Verhältniss der Altersmelancholie zu den senilen Depressionszuständen eingegangen werden.

Die dem Senium eigenthümlichen Zustände trauriger Verstimmung halte ich für ätiologisch von der Melancholie verschieden und in einer grossen Zahl von Fällen auch für klinisch von ihr abgrenzbar.

Sie sind erstens nicht ganz unmotivirt, das erkrankte Individuum wird sich sogar — im Gegensatz zum Melancholiker — des Grundes seiner Angst oft sehr wohl bewusst.

Es ist die Erkenntniss des körperlichen und geistigen Rückganges, welche dieselbe erzeugen hilft. Die von Gaupp betonte, dem Krankheitsbilde eigenthümliche hypochondrische Beimischung wird ausschliesslich durch die Sorge um das eigene Ich bedingt.

Die Kranken beobachten sich genau, jedes neue Symptom, das sie gewahr werden, bestärkt sie in der Ansicht, dass sie unheilbar sind, bald sterben müssten. Sie lassen sich aber bei geeignetem Zuspruch auch günstig beinflussen und haben sogar — wieder im Gegensatz zum Melancholiker — grosse Neigung, sich trösten zu lassen, neuen Lebensmuth zu schöpfen, auf eine bessere Zukunft zu hoffen.

Nicht selten treten nun zu dieser hypochondrischen Depression noch weitere specifisch senile Züge. Die Kranken wollen, um den körperlichen Verfall aufzuhalten, alles gethan sehen, was irgend möglich ist. Sie verlangen infolge dessen auch nicht selten alle erdenklichen Rücksichten von ihrer Umgebung, fordern von ihren Angehörigen Aus-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gaben, die deren finanzielle Kräfte weit übersteigen, und queruliren, wenn ihrem Wunsche nicht entsprochen wird.

Je stärker die letzterwähnten Züge im Krankheitsbilde ausgeprägt sind, desto leichter ist die Unterscheidung von der Melancholie. Aber selbst wenn sie ganz fehlen und nur die Angst das vorherrschende Symptom darstellt, wird man in dem Wechsel der Intensität derselben, in ihrer Beeinflussbarkeit und in dem Hervortreten der egoistischen Motive bestimmte Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose besitzen. Auch nächtliche Verschlimmerungen, mangelhafte Orientirung und eine gewisse Umständlichkeit der Ausdrucksweise sind, wie Gaupp treffend ausführt, wichtige Unterscheidungsmerkmale.

Kraepelin hat diesen senilen Depressionszuständen grossen Werth beigelegt. Er meint, sie ständen seiner Melancholie besonders nahe, da sich zwischen beiden fliessende Uebergänge fänden. Weil nun aber die senilen Depressionen mit Sicherheit als Alterserkrankungen anzusehen seien, müsste man auch die Melancholie als eine specifische Erkrankung des höheren Lebensalters betrachten.

Wie ich oben andeutete, halte ich diese Depressionszustände für ätiologisch mit der Melancholie nicht identisch. Es ist zwar mit vollem Rechte darauf hingewiesen worden, dass für ihre Entstehung die Involution des gesammten Organismus von hoher Bedeutung sei, man hat aber daneben mehrere andere Momente nicht genügend gewürdigt, die, wie ich glaube, immerhin auch einige Beachtung verdienen. Ein solcher Factor ist z. B. die Prognose.

Wer die weiter oben bezüglich der Prognose der Melancholie gebrachten Zahlen mit dem vergleicht, was Gaupp über die Vorhersage der Altersdepressionen sagt, dass nämlich das Kennzeichnende der Letzteren darin liegt, dass sie in ziemlich affectlose Demenz, bisweilen auch in demente Euphorie ausgehen, der wird kaum geneigt sein, einen engeren Zusammenhang zwischen der Involutionsmelancholie und den Altersdepressionen anzuerkennen.

Eher wird man den Schluss ziehen können, dass die Altersdepressionen gar keine selbstständigen Krankheitsformen, sondern nur Zustandsbilder der senilen Demenz sind. Die meisten Forscher, welche sich die Darstellung der Geistesstörungen des Seniums zur Aufgabe gestellt hatten (Fürstner, Noetzli, Weiss, Dobrich, Güntz, Wollenberg u. A.) bringen daher auch die senile Depression nicht als selbstständiges Krankheitsbild.

Was ferner die Angabe Kraepelin's anlangt, es gäbe zwischen der Melancholie und den senilen Depressionen fliessende Uebergänge, so kann ich dem nicht beistimmen, glaube vielmehr mit Gaupp, dass

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Differentialdiagnose zwischen beiden nicht selten möglich ist. Wohl mögen einzelne Zustandsbilder in dem einen oder anderen Falle für kurze Zeit schwer zu deuten sein, ich glaube aber nicht, dass eine senile Depression bei genauer Beobachtung dauernd mit einer Involutionsmelancholie verwechselt werden könnte, und zwar deshalb nicht, weil sowohl der Verlauf wie auch der Ausgang beider Erkrankungen ein verschiedener ist. —

Wir kommen damit zu dem sog. „depressiven Wahnsinn". Ueber die Classification dieser Erkrankung bestehen erhebliche Meinungsverschiedenheiten unter den Autoren. Während Kraepelin und seine Schüler dieselbe der Melancholie zurechnen, halten andere Forscher (Thalbitzer, Schott) sie für ein davon abzutrennendes, selbständiges Leiden, das der senilen Demenz näher steht.

Es wird deshalb auch der Nachweis geistiger Schwächesymptome von Schott als bedeutungsvoll für die Differentialdiagnose hervorgehoben.

Thalbitzer hält im depressiven Wahnsinn die Wahnvorstellungen anscheinend für das Primäre. Er glaubt, dass die Abgrenzung gegenüber der Melancholie möglich ist und führt folgende Unterscheidungsmerkmale an:

„In der reinen melancholischen Stimmungspsychose wird man wahr-
„scheinlich immer eine gewisse Proportionalität zwischen der Tiefe der
„Verstimmung und der Barockheit der depressiven Wahnvorstellungen
„entdecken können; diese wird mit der Verstimmung zusammen fluctuiren;
„vermindert sich die Depression, werden auch die depressiven Ideen
„weniger ungeheuerliche Dimensionen annehmen; die Psychose wird da-
„durch ihren Ursprung als die pathologische Uebertreibung einer physi-
„ologischen Stimmung verrathen. Anders im depressiven Wahnsinn;
„hier wird die Wahnvorstellung eine weit grössere Rolle spielen und
„namentlich weit grössere Constanz haben; und die Verstimmung wird
„den Eindruck machen, dass sie zu der Wahnvorstellung in einem Ab-
„hängigkeitsverhältniss steht, wird von derselben verursacht scheinen;
„und doch wird man oft finden, dass die Depression, wenn auch noch so
„tief — eher eine zu geringe Reaction auf die oft raffinirt grausamen
„und blutdürstigen Wahnvorstellungen ist; dies erscheint mir als ein
„Kriterium von entscheidender Bedeutung und ein Vorbote der anfangenden
„Demenz.

„Noch einen wichtigen Unterschied zwischen diesen beiden Psychosen
„finde ich in den Hallucinationen, in der Rolle, die sie spielen und in
„ihrer Art und Stärke. Während die Wahnempfindungen — wohl die
„häufigste Quelle der Wahnvorstellungen — in dem depressiven Wahn-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„sinn eine sehr dominirende Rolle spielen, sowohl durch ihre Distinction, „ihre entscheidende Bedeutung für den Inhalt der Wahnvorstellungen „wie durch ihre fast unwiderstehliche Macht über den Patienten, werden „die Hallucinationen in der echten Stimmungspsychose eine weit weniger „hervortretende Rolle spielen, weniger prägnant, unklarer und ver„schwommener sein und fast immer ein Massstab für den Stärkegrad der „Krankheit, ein Ausdruck für die quantitative Seite des Processes sein".

Ich habe die Ausführungen Thalbitzer's wörtlich citirt, weil dieselben meines Erachtens eingehender Besprechung bedürfen.

Nach dem ersten Abschnitte des Citirten soll „wahrscheinlich immer" eine gewisse Proportionalität zwischen der Tiefe der Verstimmung und der Barockheit der Wahnvorstellungen bestehen. Das quantitative Verhalten der Stimmung soll also die Qualität der Wahnideen beeinflussen.

Ganz abgesehen davon, dass es nicht immer leicht ist zu sagen[1]), ob sich der Affect bei einem Kranken quantitativ verändert hat, ist es auch dem subjectiven Ermessen des Beobachters überlassen, die eine Wahnvorstellung als mehr barock zu bezeichnen, als eine andere. Um ein practisches Beispiel zu wählen:

Wenn ein Kranker glaubt, er sei innen völlig hohl, und es tritt hierzu noch die weitere Wahnidee, die ganze Welt brenne, so wird man schwer entscheiden können, welche von diesen Wahnvorstellungen die barockere ist. Unter diesen Umständen überhaupt von Proportionalität und Disproportionalität zwischen Affect und Wahnideen zu sprechen, ist ziemlich gewagt. Ein solches Verhältniss aber zum differential-diagnostischen Kriterium zu machen, ist wohl überhaupt nicht angängig. —

Wenn das, was Thalbitzer bezüglich der Melancholie sagt, richtig wäre, dann müssten mit steigender Angst, deren Grad wir doch nur aus dem motorischen Verhalten des Kranken und seinen Aeusserungen abschätzen können, regelmässig immer ungeheuerlichere Wahnideen entstehen. Dies trifft jedoch keineswegs zu. Wohl spricht der Patient mit zunehmender ängstlicher Erregung von seinen Vorstellungen häufiger und dringlicher, aber es kommt doch nicht regelmässig vor, dass dabei neue und unsinnigere Ideen vorgebracht werden. Im Gegentheil wird von manchen Autoren sogar die Einförmigkeit, mit der immer dieselben Wahnvorstellungen producirt werden, besonders hervorgehoben.

Was den zweiten Theil der Ausführungen Thalbitzer's anlangt, so dürfte es schwer fallen, allein aus dem Zustandsbilde, ohne gute

1) Namentlich bei höheren Graden der Angst.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anamnese zu erkennen, ob die Wahnideen oder der Affect das Primäre war. Welches Kriterium soll bei uns „den Eindruck erwecken", dass eine traurige oder ängstliche Verstimmung zu einer Wahnvorstellung in einem Abhängigkeitsverhältniss steht? Der Autor giebt ein sicheres Unterscheidungsmerkmal nicht an.

Wenn bestimmt nachgewiesen werden kann, dass die Wahnbildungen zuerst vorhanden waren, dann handelt es sich allerdings nicht um eine echte Stimmungspsychose und es kann dann die Diagnose Melancholie nicht mehr in Frage kommen. Derartige Fälle zeigen aber wohl in ihrem ganzen Verlaufe sehr bald so zahlreiche Besonderheiten, dass eine Unterscheidung leicht möglich ist. Bei ihnen stellt die Verbindung von Wahnideen und Depression auch wohl nur ein Zustandsbild im Verlaufe einer Psychose dar, in der auch die von Thalbitzer zum Schluss genannten Hallucinationen eine bedeutendere Rolle spielen mögen, als bei der Melancholie.

Aber diese Fälle sind verhältnissmässig selten. Sie gleichen auch denjenigen nicht, welche Kraepelin offenbar im Auge hatte.

Dieser Autor legt das Hauptgewicht darauf, dass das klinische Krankheitsbild dauernd von einer ängstlichen Erregung mit abenteuerlichen Wahnideen beherrscht wird. Wenn diese schwinden, geht die Krankheit ihrer Heilung entgegen. Man kann voraussagen, dass das Leiden in einigen Wochen oder Monaten abgelaufen sein wird, sofern sich nicht schon im Laufe der Erkrankung eine schwere Demenz bemerkbar gemacht hat. Bei den Fällen Thalbitzer's kann man die Prognose nicht so sicher, und wohl auch nicht so günstig stellen.

Die von Kraepelin geschilderten Fälle sind nun aber die häufiger vorkommenden. Ueber ihre Zugehörigkeit zur Melancholie kann deshalb kein Zweifel bestehen, weil sich thatsächlich von der einfachen, ohne Wahnideen und Sinnestäuschungen verlaufenden, durch blosse Angst charakterisirten Melancholie bis zum depressiven Wahnsinn die feinsten Uebergänge finden. Ein solcher Uebergangsfall ist z. B. die oben angeführte Beobachtung 4. —

Noch auf eine andere Frage glaube ich an dieser Stelle eingehen zu müssen, nämlich der nach der differentialdiagnostischen Bedeutung psychischer Defectsymptome in der Melancholiefrage. Wie bereits oben ausgeführt wurde, legt Schott dem Vorhandensein von Erscheinungen geistiger Schwäche grosse Bedeutung für die Differentialdiagnose zwischen der Melancholie und dem depressiven Wahnsinn bei. Andere Autoren haben die Symptome der Demenz als wichtig für die Abtrennung der Melancholie von der Spätkatatonie und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

den senilen Depressionen bezeichnet. Mit welchem Rechte ist das nun geschehen?

Meines Erachtens darf man auf Erscheinungen, wie Gedächtnisschwäche, Beeinträchtigung der Merkfähigkeit und ähnliche Störungen kein allzugrosses Gewicht legen, denn erstens entwickelt sich die Melancholie manchmal noch so spät, dass bei dem erkrankten Individuum bereits Zeichen seniler Demenz vor Beginn der Melancholie nachzuweisen waren. Zweitens tritt die Altersdemenz auch bisweilen, wie oben bereits gesagt wurde, im Verlaufe der Erkrankung als Complication hinzu. Schliesslich wird drittens nicht vergessen werden dürfen, dass eine Melancholie hier und da auch einmal bei einem von Jugend auf Schwachsinnigen zur Beobachtung kommt (s. Lipschitz und Ziehen).

Aus alledem ergiebt sich jedenfalls, dass es gerathen ist, bei der Bewerthung einzelner Schwächesymptome (speciell der Gedächtnisschwäche und Beeinträchtigung der Merkfähigkeit) grosse Vorsicht walten zu lassen. Ich würde daher bei der Differentialdiagnose zwischen einer senilen Depression und einer Melancholie mehr Gewicht auf andere Erscheinungen legen, wie nächtliche Verschlimmerungen, senilen Trotz, Betonung egoistischer Motive, kurz mehr auf das Hervortreten seniler Charakterveränderungen, die sich bei reinen Altersmelancholikern nicht häufig finden[1]).

Andererseits wird man deutliche Zeichen einer Hemmung bei seniler Depression kaum je finden.

Bezüglich der Spätkatatonie möchte ich mich Kraepelin anschliessen, der die Zugänglichkeit der Melancholischen, die Lebhaftigkeit ihrer Gefühlsregungen, die Antheilnahme an Besuchen und das Eingehen auf Gespräche dem negativistischen und manirirten Wesen der Katatoniker gegenüberstellt.

Hinzuzufügen wäre hier vielleicht noch bezüglich der Wahnvorstellungen, dass das äussere Verhalten der Katatoniker, wie A. Westphal angiebt, in einem gewissen Gegensatze zu dem Inhalte der Wahnideen steht. Die Letzteren sind kaum jemals von lebhafterem Affect begleitet.

Wenn wir nach dieser Abschweifung wieder zum depressiven Wahnsinn zurückkehren, so dürfte für die uns hier beschäftigende Frage nach der klinischen Stellung der Involutionsmelancholie eine Erfahrung von Bedeutung sein, die ich in zwei Fällen gemacht habe, dass sich nämlich Depressionen, die bezüglich des klinischen Bildes dem entsprechen,

1) Auch diese Erscheinungen sind übrigens nicht ohne Einschränkung zu verwerthen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

was Kraepelin als depressiven Wahnsinn geschildert hat, bei demselben Individuum mehrfach wiederholen können.

Es sei mir gestattet, die Krankheitsgeschichten auszugsweise mitzutheilen:

Beobachtung 5. M. J., 54 Jahre alt. Aufgenommen 4. Juli 1904.

Anamnese. Patientin war früher nie krank, namentlich war sie geistig immer gesund.

Seit mehreren Monaten still in sich gekehrt, klagte zunächst über Herzklopfen, ab und zu auch über Schwindel. Allmählich ängstlich, jammerte zeitweise laut, zu anderen Zeiten sass sie traurig in Ecken herum, antwortete kaum, ass vorübergehend auch nicht. Deshalb in die Anstalt gebracht.

Status. Mittelgrosse Frau mit fast ergrautem Haar und runzlicher Haut. Greisenbogen, mässige Arteriosklerose. Im Uebrigen körperlich o. B.

Sitzt händeringend aufrecht im Bett, weint und jammert mit leiser Stimme vor sich hin. Nach dem Grunde ihrer Angst gefragt, antwortet sie: Sie sei die schlechteste Person auf der ganzen Erde. Sie habe die Welt angezündet, jetzt brenne Alles auf Erden. Die Häuser ständen in Flammen, die Menschen müssten sterben, sie höre deren Geschrei. Die Leute um sie herum seien keine richtigen Menschen aus Fleisch und Blut, sondern nur Gestalten, ihre Angehörigen seien todt, sie selbst sei innen hohl, eigentlich auch schon todt. Man solle ihr nichts zu essen geben, denn sie sei ein fluchbeladenes, unwürdiges Geschöpf und verdiene kein Mitleid.

Die Thüren des Hauses seien zugemauert, sie solle nie mehr herauskommen, habe es ja auch nicht anders verdient.

Ist zeitweise nicht im Bett zu halten, steht auf, um vom Fenster aus die brennenden Häuser zu sehen.

Dabei zeitlich und örtlich orientirt. Im Beginn der Erkrankung für einige Zeit gehemmt, spricht dann vorübergehend gar nicht oder nur wenig, sitzt in zusammengesunkener Haltung im Bett.

Nach einigen (4—6 Wochen) nimmt die Angst allmählich ab, die Wahnideen schwinden, Patientin empfindet es dann unangenehm, wenn von ihrer Erkrankung gesprochen wird und giebt nur ungern Antwort, bis sie ganz frei ist.

Eine dann vorgenommene Intelligenzprüfung hat mehrfach gezeigt, dass von Demenz nichts nachzuweisen ist.

Derartige Zustände, wie der eben beschriebene, treten nun seit dem ersten Anfalle mit ziemlicher Regelmässigkeit in Abständen von 4—6 Monaten auf. Der Inhalt der Wahnvorstellungen sowohl, wie auch das äussere Verhalten der Kranken blieb bei allen Anfällen das gleiche.

Noch bemerkenswerther ist wohl der folgende Fall:

Beobachtung 6. Frau A. R. Beginn der Erkrankung mit 45 Jahren. Früher nie ernstlich krank gewesen. Galt als lebenslustige Frau. Glücklich verheiratet, mehrere Geburten ohne Complicationen. Mit 45 Jahren ängstlich,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

vernachlässigte die Wirthschaft, unruhig, äusserte, sie sei eine schlechte Frau, habe sich nicht genug um ihre Kinder gekümmert. Da auch Neigung zum Selbstmord bestand, erfolgte die Ueberführung in die Anstalt.

Hier sehr lebhafter Angstaffect, wochenlange völlige Schlaflosigkeit, Pat. ist im Bett nicht zu halten, läuft fortwährend schreiend umher. Sei die schlechteste Person auf der Welt, habe alle Menschen auf Erden umgebracht; die Menschen, welche sich in ihrer Umgebung befänden, seien keine richtigen Menschen. Die Stadt sei in einem Schutthaufen verwandelt, sei untergegangen und zwar durch ihre Schuld.

Die Pflegerinnen seien keine richtigen Menschen, sondern wandernde Figuren. Sie hätten zwar Körperformen wie lebendige Menschen, aber sie seien nicht mehr lebendig. Das Haus sei ein Gefängniss. Darein habe man sie auf Lebenszeit gesperrt. Sie solle zur Strafe für ihre Sünden hier ewig büssen.

Essen solle man ihr nicht reichen, sie verdiene keins, denn sie habe die ganze Menschheit verschlungen. Sie sei auch verändert. Ihr Fleisch sei verändert etc.

Dabei weiss Pat. genau, wo sie sich befindet, ist auch zeitlich orientirt. Verkennt die Personen nicht, nennt alle beim rechten Namen, hält aber trotz eindringlichsten Zuspruchs an ihren Vorstellungen fest.

Dieser Zustand hielt unter geringen Intensitätsschwankungen fast 2 Jahre an und besserte sich dann soweit, dass Pat. Einsicht für ihre Wahnideen bekam, die Angst verlor und infolge dessen beurlaubt wurde.

Schon nach wenigen Wochen kehrte sie jedoch in gleichem Zustande, wie beim ersten Male zurück. Sie brachte ihre alten Wahnideen wieder vor und hielt auf längere Zeit an ihnen fest. Die Intensität der Angst schwankte dabei erheblich und mit einer gewissen Regelmässigkeit, so dass Pat. alle 6—8 Wochen für mehrere Tage weinend im Bett sass, Nachts nicht schlief, laut jammerte. In den Zwischenzeiten, in denen sie weniger ängstlich war, aber an ihren Wahnideen trotzdem festhielt, pflegte sie regelmässig leichte Hausarbeiten zu verrichten.

Dieser Zustand hielt wieder etwa $1^1/_2$ Jahren an. Dann schwand innerhalb weniger Wochen die Angst von neuem. Pat. erklärte ihre Wahnideen schliesslich selbst für krankhaft, war äusserst lustig, sprach viel, machte mit Aerzten und Pflegerinnen Scherze und drängte lebhaft auf Entlassung. Sie kümmerte sich um alle Vorgänge auf der Abtheilung, kein Geschehniss entging ihr, alle Dinge erregten ihre Aufmerksamkeit.

Man entsprach schliesslich ihrem Wunsche auf Entlassung. Acht Wochen später wurde sie jedoch tief deprimirt in die Anstalt zurückgebracht und producirte die gleichen Wahnvorstellungen, wie im Anfang der Erkrankung. Auch die periodischen Schwankungen des Affectes fehlten nicht.

Störungen der zeitlichen und örtlichen Orientirung wurden nicht wahrgenommen. Gröbere Intelligenzdefecte konnten nicht nachgewiesen werden.

Körperlich: Leicht ergrautes Haar, welke Haut, mässige Arteriosklerose. Menopause seit 2 Jahren vor der 1. Aufnahme.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der eben beschriebene Fall bot zu Beginn der Erkrankung, welche im Klimakterium einsetzte, das Bild einer durch Angst und zahlreiche Wahnvorstellungen von ganz unsinnigem Inhalte charakterisirten Geistesstörung, die dem, was Kraepelin in seinem Lehrbuche als depressiven Wahnsinn beschreibt, durchaus entsprechen dürfte. Nach fast zweijähriger Dauer tritt eine erhebliche Besserung ein, der jedoch in kurzer Zeit ein Rückschlag folgt. In dieser neuen Phase der Krankheit ist zunächst insofern eine Aenderung des klinischen Bildes eingetreten, als der Affect jetzt gewisse regelmässige Schwankungen aufweist, die auch äusserlich in dem motorischen Verhalten der Kranken zum Ausdruck kommen.

Nach $1^1/_2$jähriger Dauer tritt wiederum ein Nachlassen der Erscheinungen ein, dem diesmal aber ein Stadium folgt, das durch heitere Stimmung, Rededrang, Neigung zu Scherzen und Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit gekennzeichnet ist. Dasselbe klingt nach einigen Wochen ab und macht einer neuen Depression Platz, die völlig der früheren gleicht.

Wenn wir uns nun die Frage vorlegen, wie die beiden eben geschilderten Beobachtungen zu classificiren sind, so werden wir schon bei der ersten Bedenken tragen, sie als Involutionsmelancholie zu bezeichnen. Noch weniger werden wir uns bei der zweiten hierzu entschliessen können, und zwar deshalb nicht, weil hier zwischen die zweite und dritte Periode trauriger Verstimmung eine über mehrere Wochen sich erstreckende Zeit eingeschoben ist, in der die Kranke das Bild der Hypomanie bot.

Störungen der zeitlichen und örtlichen Orientirung wurden in beiden Fällen nicht beobachtet. Dieselben fehlten auch auf der Höhe der Erkrankung.

Trotz mancher ungewöhnlicher Züge muss man meines Erachtens, wenn man die Fälle nach Kraepelin's Eintheilung rubriciren will, am ehesten an das circuläre Irresein denken.

Kraepelin hat offenbar ähnliche Beobachtungen im Auge gehabt, als er die durch Wahnideen abenteuerlichen und unsinnigen Inhaltes ausgezeichneten depressiven Zustände des circulären Irreseins schilderte. (S. 534 und 535 der VII. Auflage des Lehrbuches.)

Die Bedeutung dieser Fälle für die klinische Stellung der Involutionsmelancholie ist ausserordentlich gross. Betrachtet man sie als zum manisch-depressiven Irresein gehörig, dann hat man eine neue Brücke zwischen dieser Erkrankung und der Melancholie geschlagen. Denn da die gleichen Krankheitsbilder hier und dort zur Beobachtung

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kommen, liegt auch die Annahme einer ätiologischen Verwandschaft beider sehr nahe.

Wir können damit das Kapitel der Beziehungen zwischen der Involutionsmelancholie und den übrigen im höheren Alter vorkommenden Zuständen trauriger Verstimmung verlassen und werden nur noch zwei Fragen kurz zu streifen haben, nämlich die der Differentialdiagnose zwischen der Melancholie einerseits, der Neurasthenie und der paranoiden Affectionen andererseits.

Es giebt wohl kaum ein Gebiet unserer Wissenschaft, das bisher so wenig geklärt ist, wie die Frage, wohin wir eine Reihe von Angstzuständen zu rubriciren haben, welche zweifellos vollkommen den Charakter einer Geistesstörung tragen, andererseits aber gewisse Beziehungen zur Neurasthenie zu besitzen scheinen, deren klinisches Bild dabei demjenigen der Melancholie oft sehr ähnelt.

Die Lehrbücher der Psychiatrie, ja sogar die monographischen Darstellungen der Neurasthenie geben uns über die klinische Stellung dieser Krankheitsbilder keinen genügenden Aufschluss; viele von ihnen erwähnen die hierher gehörigen Beobachtungen überhaupt kaum.

Eine ausführliche Darstellung, in der auch gleichzeitig eine Rubricirung dieser Fälle versucht wird, hat wohl zuerst Friedmann gebracht.

Dieser Autor sagt, der grössere Theil aller Neurasthenien weise zwar psychische Veränderungen auf, den Charakter wirklicher Psychosen trüge aber nur ein sehr geringer Procentsatz derselben, nämlich etwa 2 pCt. Diese letzteren sollen dadurch charakterisirt sein, dass der depressive Affect bei ihnen selbständige Bedeutung erreicht und die Vernünftigkeit und Klarheit des Denkens sich verwirrt, wodurch auch die Krankheitseinsicht häufig schwindet.

Friedmann theilt diese Gruppe von Fällen, die er auch als Uebergangsfälle zwischen Neurasthenie und Melancholie bezeichnet, in 3 Unterabtheilungen ein.

In der ersten sind diejenigen Beobachtungen zusammengefasst, welche durch deutliche Wahnvorstellungen ausgezeichnet sind, die zweite wird als „nervöse Apathie oder Stupidität“ bezeichnet, während er in der dritten die „schweren angstvollen nervösen Ueberreizungszustände“ bringt.

Auf diese drei Gruppen möchte ich die folgenden Ausführungen beschränken. Ich sehe also davon ab, auch auf die von Friedmann „nervöse Depression“ genannte Störung und auf einige andere Zustands-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bilder näher einzugehen, weil die mir zu Gebote stehenden Erfahrungen ein abschliessendes Urtheil darüber nicht gestatten. —

1. Um gleich zu der sub 1 genannten Gruppe überzugehen, so soll dieselbe durch das Auftreten eines lebhaften Angstaffectes mit Wahnideen charakterisirt sein.

Das Leiden wird meist bei zartfühlenden, weichherzigen Menschen beobachtet, die kindlich naiv und nach aussen hin schüchtern erscheinen. Von meinen eigenen Beobachtungen würde Friedmann wahrscheinlich den bei Besprechung der Fauser'schen Ausführungen gebrachten Fall hierher rechnen.

Die Frage ist nun: Ist es in der That gerechtfertigt, in diesen etwas Besonderes und Neues zu erblicken?

Ich glaube, dass man wohl daran denken könnte und zwar aus verschiedenen Gründen.

Von der Melancholie unterscheiden sich diese Fälle dadurch, dass die Verstimmung immer in directem Zusammenhange mit einer äusseren Ursache zu stehen scheint, somit nicht ganz unmotivirt ist, ferner dadurch, dass die betreffenden Individuen, wie Marcus erwähnt, häufig erblich Belastete, durchgängig aber Leute mit minderwertigem Nervensystem sind.

Bezüglich des klinischen Verlaufes ist darauf hinzuweisen, dass die Kranken sich gegen geeigneten Zuspruch nicht ganz ablehnend verhalten, überhaupt stärker beeinflussbar sind, als Melancholiker und dass das Leiden nicht selten in einer charakteristischen Weise zur Heilung kommt. Marcus beschreibt diese Letztere sehr anschaulich: „Die Kranken werden ruhiger, einsichtiger, die Angst verringert sich, Theilnahme und Interesse für die Umgebung stellt sich wieder ein, der Kranke fängt wieder an, an seine Reconvalescenz zu glauben. Da stellt sich ohne äussere Veranlassung, ohne jede Aenderung der Lebensweise, ohne jede voraufgegangene Gemüthsbewegung ein langsam wieder ansteigendes Aufflackern der Erscheinungen ein", welches schliesslich dazu führt, dass der Kranke bald wieder unter der Herrschaft seiner Wahnvorstellungen steht. „Auch dieser neue Anfall klingt nach einiger Zeit wieder ab", ihm folgen noch mehrere weitere, bis regelmässig definitive Heilung eingetreten ist.

Ein Ausgang in Demenz scheint nicht beobachtet worden zu sein, wohl deshalb nicht, weil es sich kaum je um Individuen handelte, welche so alt waren, dass die Complication mit senilem Schwachsinn hätte eintreten können.

Wenn das Leiden letal endet, handelt es sich fast immer um Suicid.

Friedmann hat noch ein anderes wichtiges Merkmal für diese

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fälle angegeben, nämlich die prompte Reaction auf eine causale Therapie. Der Autor glaubt die Beobachtung gemacht zu haben, dass ein grosser Theil seiner Fälle bei geeigneter Sanatoriums- oder Anstaltsbehandlung ausserordentlich schnell — oft schon in wenigen Tagen — gebessert oder gar geheilt wird. Man wird zugeben müssen, dass dies bei der Melancholie nicht häufig vorkommt.

Nach meinen Erfahrungen[1]) kommt es allerdings auch bei den Kranken, von denen hier die Rede ist, nicht so häufig vor, als Friedmann annimmt. Ich habe vielmehr den Eindruck gewonnen, als ob die Fälle dieses Forschers ausserordentlich günstig verliefen. Zum Theil ist diese Verschiedenheit der Ergebnisse aber vielleicht darauf zurückzuführen, dass die Kranken Friedmann's hauptsächlich der Privatpraxis entnommen sind, während mir im wesentlichen klinisches Material zu Gebote stand; ob dieser Umstand jedoch ausreicht, die Verschiedenheit der gewonnenen Erfahrungen zu erklären, werden wohl erst weitere Forschungen ergeben.

Auf einen weiteren Punkt, der von einer gewissen Bedeutung ist, wäre vielleicht noch hinzuweisen, nämlich auf das gleichzeitige Vorhandensein einer Neurasthenie. Fast regelmässig sind bei den betroffenen Individuen vor Ausbruch der Psychose bald leichtere, bald schwere neurasthenische Erscheinungen nachzuweisen. Dieselben finden sich meist auch nach Ablauf der geistigen Störung vor. —

Resumiren wir, so ergiebt sich aus den vorstehenden Ausführungen, dass es möglich sein wird, diese Fälle von der Melancholie abzutrennen. Als wichtigste Unterscheidungsmerkmale dürften die Beeinflussbarkeit der Kranken, der wellenförmige Ablauf und im Verein mit den anderen Symptomen vielleicht auch die prompte Reaction auf die Therapie anzusehen sein. Schliesslich wird auch der Umstand eine gewisse Beachtung verdienen, dass dem Leiden häufig eine Neurasthenie vorausgegangen ist, was bei der reinen Melancholie ja auch nicht oft vorkommt.

Dass man unter diesen Umständen geneigt sein kann, die hierher gehörigen Beobachtungen von der Melancholie abzutrennen, erscheint verständlich. Gehören dieselben aber nun statt dessen zur Neurasthenie?

Dies scheint mir keineswegs sicher. Wie ich schon oben bei Besprechung der Beobachtung 3 angedeutet habe, liegt eine andere Auffassung zum mindestens ebenso nahe. Es steht wohl ausser allem Zweifel, dass die Kranken dieser Gruppe zum grössten Theil Psycho-

1) Eine Bestätigung meiner Anschauung findet sich bei Lipschitz.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pathen im weitesten Sinne des Wortes sind. Weil sie degenerativ veranlagt sind, darum wurden sie Neurastheniker, aus dem gleichen Grunde wurden sie aber auch geisteskrank, als irgend ein schwerer psychischer oder körperlicher Choc sie traf.

Wenn man diese Fälle daher überhaupt von der Melancholie trennen will, dann scheint es mir richtiger, sie als Psychosen bei Menschen mit minderwerthigem Nervensystem — als degenerative Psychosen — anzusehen und sie zu jenen Beobachtungen in Parallele zu setzen, die wir bisweilen als Folgen der Strafhaft[1]) oder nach anderen erschöpfenden Momenten sehen.

Im Uebrigen möchte ich nicht verfehlen hinzuzufügen, dass Friedmann meines Erachtens unter seinen casuistischen Mittheilungen zum mindesten eine gebracht hat, die ich nicht in seinem Sinne deuten möchte. Es ist dies der Fall, in welchem dem als „neurasthenische Melancholie" angesprochenen Erregungszustande 12 Jahre vorher eine echte Melancholie voraufgegangen war. In diesem Falle liegt doch wohl die Annahme, dass der zweite Depressionszustand ein Recidiv des ersten war, am nächsten. Der Umstand, dass dieser Rückfall als abortiver Anfall aufgefasst werden muss, ist dabei gar nicht so ungewöhnlich. Es ist eine bekannte Thatsache, auf die ich auch schon oben hingewiesen habe, dass es in manchen Fällen im ganzen Leben nur zu einem schweren Anfall kommt, während alle übrigen ganz leicht verlaufen.

2. Die zweite Untergruppe, welche Friedmann anführt, betrifft die sogenannte „nervöse Apathie oder Stupidität". Die Kranken zeichnen sich durch völlige Gleichgültigkeit gegenüber all dem aus, was ihnen in gesunden Tagen wichtig war. Sie führen „ein Leben ohne Gefühl" denken und handeln „wie ein Automat".

Wie der Autor meint, handelt es sich dabei nicht um einen richtigen Hemmungszustand, sondern um eine Erschöpfung der „Spontaneität des Denkens". „Die Lust zur Apperception der äusseren Reize ist überhaupt abgestumpft", ohne dass deshalb eine Hemmung der Denkfähigkeit vorhanden ist.

Da mir klinisches Material. welches in diese Gruppe gehört, nicht zur Verfügung steht, sehe ich von einer Erörterung derselben ab und gehe gleich zu

3. den schweren angstvollen nervösen Ueberreizungszuständen über.

---

1) Siehe die nach Abschluss dieser Arbeit erschienene Publication Bonhoeffer's: „Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen". Carl Marhold. 1907.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Charakteristische aller Fälle ist eine angstvolle Verzweiflung, welche practisch, wie Friedmann richtig betont, insofern von höchster Bedeutung ist, als sie die Kranken sehr häufig zum Selbstmord treibt. Sinnestäuschungen spielen eine nur untergeordnete Rolle, Wahnideen sind nicht so ganz selten und beziehen sich meist auf den eigenen Zustand. Bezüglich des Verlaufes sei bemerkt, dass die Schwankungen, von denen bereits in der ersten Gruppe die Rede war, hier noch viel deutlicher hervortreten, wie zwei Beispiele lehren mögen:

Beobachtung 7. W. Z., Fabrikarbeiter, 47 Jahre alt. Aufgenommen 1907.

Anamnese. Ueber Heredität ist nichts bekannt. Patient hat in der Schule nicht gern gelernt, war ein schlechter Schüler. Immer etwas sonderbar, aber ordentlich und fleissig.

Seit Jahren lungenkrank, war deshalb kurz vor der psychischen Erkrankung in einer Heilanstalt. Musste vorher aber fast dauernd schwer arbeiten, um seine Familie zu ernähren.

Beginn der Erkrankung Ende Januar. Patient wurde still und theilnahmlos. Am 1. Februar 1907 Abends wurde er plötzlich unruhig, verwirrt und äusserte Selbstbeschuldigungen, glaubte, man wollte ihn aus seiner Stellung entlassen.

Drei Tage später verliess er seine Familie heimlich und reiste nach C. zu Verwandten. Hier wieder viel Selbstvorwürfe, glaubt durch seine Schuld wäre seine Familie in's Unglück gekommen, äusserte Verfolgungsideen und Selbstmordgedanken. Versuchte sich mit einem Messer zu tödten. Deshalb in die Anstalt.

Status. Kleiner, stark abgemagerter Mann, mit ergrauendem Haar und welker fahler Haut.

Ueber der linken Lungenspitze Schallverkürzung und viel trockenes Rasseln. Mässiger Husten und Auswurf. Ziemlich beträchtliche Arteriosklerose.

Hydrocephalischer Schädel, abstehende Ohren mit angewachsenen Läppchen, steiler Gaumen, ungleich pigmentirte Irides.

28. Februar. Sehr ängstlich und unruhig. Weigert sich zunächst zu essen, versucht 2 mal aus dem Fenster zu springen. Aeussert, er habe gehört, dass ein Patient (bezeichnet einen Kranken, der fortwährend leise vor sich hin spricht) gesagt habe, ihm solle der Kopf aufgemeisselt werden. Er wisse nicht warum, habe doch nichts gethan. Glaube nicht, dass er jemals wieder gesund werden könne. Habe seine arme Familie in's Unglück gebracht, dadurch, dass er in die Heilstätte gegangen sei. Hätte arbeiten sollen.

5. März. Völlig ruhig, habe jetzt keine Angst mehr, sehe auch selbst, dass es ihm besser gehe. Habe Hoffnung auf Genesung. Früher habe er geglaubt, er würde dauernd arbeitsunfähig bleiben. Jetzt wisse er, dass dies nicht eintreten würde. Es sei daher auch falsch, dass er sich eingebildet habe, seine Familie müsse seinetwegen Noth leiden. Anfangs habe er auch geglaubt, man wolle ihn hier umbringen. Er habe sich lange gefragt, warum man der-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

artige Pläne gegen ihn hege, hätte keinen Grund finden können. Jetzt glaube er auch daran nicht mehr. Er fühle sich ganz wohl und bitte entlassen zu werden.

17. März. Unter Hinweis auf denselben Mitkranken hat Patient 2 mal morgens geäussert, der habe ihn umbringen wollen. Jedesmal heftiger Angstanfall. Patient sprang aus dem Bett, lief blitzschnell an's Fenster, suchte sich durch die Gitter zu zwängen und schrie laut um Hülfe.

Nach einigen Stunden Beruhigung. Sagt selbst, die Leute sähen hier gar nicht so schlimm aus, dass man zu derartigen Befürchtungen Grund hätte.

18. März. Sehr ängstlich, kaum im Bett zu halten.

19. März. Ganz frei von Angst. Drängt auf Entlassung. Sei nicht mehr geisteskrank, gehöre nicht hierher.

21. März. Neuer Angstanfall. Patient schlägt ein Fenster ein und sucht sich die Pulsader der Hand zu öffnen, schält sich aber nur ein Stück Haut vom Daumenballen ab.

Der weitere Verlauf der Erkrankung bot immer dasselbe Bild. Nach mehreren freien Tagen stellte sich ein neuer Angstanfall ein, in dem Patient jedesmal einen Selbstmordversuch machte.

Der Fall ist im Wesentlichen durch anfallsweise auftretende Zustände heftiger Angst gekennzeichnet. Die Letztere klang jedesmal nach wenigen Stunden, spätestens nach einigen Tagen ab. Dabei trat eine ausserordentlich starke Neigung zur Selbstbeschädigung zu Tage.

In den Zwischenzeiten war Patient völlig frei, hatte für das Krankhafte seiner Angstzustände, wie sich aus den obigen Aufzeichnungen wohl mit genügender Deutlichkeit ergiebt, völlige Einsicht. Er liess dann übrigens bei eingehendem Examen weder Intelligenzdefecte, noch Orientirungsstörungen erkennen.

Nur während der Angstzustände deutete er seine Umgebung wahnhaft um. Von dem ganz leise vor sich hinsprechenden Katatoniker, welcher im nächsten Bett liegt, glaubt er gehört zu haben, ihm würde der Kopf aufgemeisselt werden u. s. w. Selbstvorwürfe brachte Patient nur im Beginn der Geistesstörung vor.

Ein anderes Beispiel derselben Gattung stellt der folgende Fall dar:

Beobachtung 8. P. Th., Schumachergehülfe, 46 Jahre alt. Aufnahme 1907.

Anamnese: Ueber Heredität waren keine brauchbaren Angaben zu erhalten. Patient will geistig immer gesund gewesen sein, nur einmal vor elf Jahren wegen Neurasthenie in Behandlung gestanden haben.

Er hat bis in die letzte Zeit hinein seit Jahren viel gearbeitet, weil er von seinem kärglichen Lohn beide Eltern ernähren musste. Als diese krank wurden, strengte er sich noch mehr an. In Folge dessen in den letzten Monaten trübe Stimmung, Mattigkeit, schlechter Schlaf. Zuletzt Unfähigkeit zu arbeiten. Dabei immer neue Sorgen. (Tod des Vaters.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Am 5. Januar 1907 wurde er in die städtische Irrenabtheilung zu C. gebracht, weil er in selbstmörderischer Absicht in den Rhein gesprungen war. Anfangs ängstlich, später gehemmt (?). Erzählt, er habe sich schon in der vorhergehenden Nacht erhängen wollen, es sei aber misslungen.

Auf der Abtheilung in C. zunächst ruhig und geordnet, eines Morgens springt er plötzlich aus dem Bett, zerschlägt eine Scheibe und bringt sich mit den Glasscherben tiefe Hautwunden am Halse bei. Erzählt hinterher ängstlich, er habe geglaubt, man wolle ihn hinrichten.

16. Januar 1907 Aufnahme in Bonn. Status: Abgemagerter Mann, mit zahlreichen Degenerationszeichen. An der linken Halsseite eine zur Zeit eiternde Hautwunde. Gesteigerte Sehnenreflexe, im Uebrigen körperlich ohne Besonderheiten.

Sitzt mit gespanntem Gesichtsausdruck aufrecht im Bett. Habe in den letzten Monaten viel Kummer gehabt, das sei ihm in den Kopf gestiegen. Habe zuletzt nicht mehr geschlafen. Wegen Nahrungssorgen sei er in den Rhein gegangen. Habe manchmal solche Angst. Fürchte, nicht mehr gesund zu werden. Man solle ihn tödten.

Bittet, es solle der Mutter geschrieben werden, dass er unheilbar krank sei. Schlaf sei schlecht, Appetit ebenfalls.

17. Januar. Ruhig und zufrieden, da er auf Veronal geschlafen hat, „Wenn ich erst wieder schlafe, werde ich auch schon wieder besser werden". Fühle sich wohler.

Isst Vormittags reichlich, Nachmittags nicht. Ist wieder traurig, sagt, er wäre lieber todt.

25. Januar. Patient überschlägt öfters Mahlzeiten. Nachts meist schlaflos. Heute sehr ängstlich. Bittet den Arzt, ihn auf eine andere Abtheilung zu verlegen, da die Leute ihm hier etwas thun wollen.

Viel hypochondrische Klagen. Leide an Stuhlverstopfung, habe Kopfschmerzen, verlangt deswegen Medicamente. Glaubt nicht, dass seine Halswunde noch einmal heilen würde.

1. Februar. Ruhig, heiter, freundlich. Hat Krankheitseinsicht. Wisse, dass seine Angst grundlos sei. Werde schon wieder gesund werden.

18. Februar. War den ganzen Tag über unruhig und aufgeregt. Abends beim Schlafengehen fängt er plötzlich an laut zu schreien, man wolle ihn umbringen. Der grosse Mann (zeigt auf einen anderen Kranken) habe heute Nachmittag gesagt, er würde ihn heute Abend todt stechen. Patient schreit fortwährend um Hülfe, wehrt die hinzugekommenen Pfleger ab, zittert am ganzen Leibe. Als ein Pfleger mit dem sonst stets gern genommenen Schlafmittel kommt, glaubt er, dieser wolle ihn vergiften. Schreit fortwährend nach dem Arzt. Als dieser erscheint, klammert Patient sich ängstlich an ihn, bittet, ihn zu retten. Es wird ihm hierauf freundlich zugesprochen, worauf er sich schnell beruhigt und aus der Hand des Arztes das vorher zurückgewiesene Schlafmittel nimmt.

19. Februar. Noch immer gedrückt. Schläft nur mit 1,0 Veronal. Viel

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Klagen über Stuhlverstopfung. Glaubt jetzt fest daran, dass sein Leiden heilbar ist. Zeitlich und örtlich orientirt. Kein Intelligenzdefect.

März. Schlaflosigkeit besteht hartnäckig fort, dagegen sind die hypochondrischen Klagen geschwunden, Stimmung nicht mehr gedrückt. Steht stundenweise auf. Fühlt sich danach noch sehr matt.

April. Ganz ausser Bett. Schläft Nachts besser. Kommt oft in kindlicher Weise mit kleinen Wünschen.

Ist dauernd ruhig und freundlich.

Mai. Wird mit Gartenarbeit beschäftigt, was er gut verträgt. Hat keine Klagen mehr, fühlt sich körperlich und geistig wohl.

Auch in diesem Falle ist der hervorstechendste Zug des Krankheitsbildes die anfallsweise auftretende Angst[1]). Ferner war ausgesprochene Selbstmordneigung vorhanden. In den freien Zeiten zwischen den einzelnen Angstanfällen hatte Patient vollständige Krankheitseinsicht.

Selbstvorwürfe wurden bei diesem Kranken ganz vermisst, dagegen fehlten Sinnestäuschungen nicht.

Deutlicher als in dem ersten Falle traten hier neurasthenisch-hypochondrische Erscheinungen hervor. Der Kranke bot zunächst bis in die letzte Zeit hinein ein Cardinalsymptom der Neurasthenie, die Schlaflosigkeit. Ferner hatte er über Kopfschmerzen und Stuhlverstopfung zu klagen, ohne dass die Letztere auch thatsächlich immer vorhanden war.

Die Orientirung war selbst während der Angstanfälle leidlich erhalten. Intelligenzstörungen fehlten.

Eine Zeit lang — im Beginn der Erkrankung — soll auch eine leichte Hemmung bestanden haben. In der hiesigen Klinik wurde eine solche nicht mehr beobachtet. —

Nachdem wir einige klinische Beispiele kennen gelernt haben, werden wir uns wieder die Frage vorzulegen haben, wohin diese Fälle zu rubriciren sind.

Von der Melancholie unterscheiden sie sich in vieler Beziehung, in erster Linie wohl durch das Verhalten des Angstaffectes. Während dieser in der Melancholie insofern eine gewisse Stetigkeit erkennen lässt, als er mit geringen Schwankungen allmählich ansteigt, sich einige Zeit auf der Höhe hält, um dann ebenso allmählich wieder abzufallen, beobachteten wir in den beiden Fällen der hier zu besprechenden Gruppe ein mehr unregelmässiges Aufflackern und Schwinden des Angstgefühls.

Auch bezüglich des Auftretens und der Qualität der Wahnideen

1) Insofern ist er der Wernicke'schen Angstpsychose nahe verwandt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain

ist ein Unterschied unverkennbar. Wenn solche bei der Melancholie zur Beobachtung kommen, dann geschieht dies kaum je für einige Stunden oder Tage, dieselben bilden vielmehr meist für längere Zeit einen integrirenden Bestandtheil des Krankheitsbildes[1]) und werden in der Reconvalescenz vom Patienten selbst als pathologisch erkannt. Bei unseren Fällen dagegen haben die Kranken fast jedesmal nach Ablauf des Angstzustandes völlige Einsicht dafür, dass es Wahnideen waren, die sie vorgebracht hatten.

Schliesslich wird auch die Beigabe, welche das Krankheitsbild durch das Hinzutreten von neurasthenischen Beschwerden und hypochondrischen Klagen erhält, mit dazu beitragen, einen Unterschied zwischen dieser Form und der Melancholie wahrscheinlich zu machen.

Kann somit ein Zweifel über die Nothwendigkeit, diese Fälle von der Melancholie abzutrennen, kaum bestehen, so muss andererseits die Frage aufgeworfen werden, wie dieselben zu rubriciren sind.

Wenngleich ich nun auch bezüglich dieser Fälle der Meinung bin, dass sie als degenerative Psychosen in dem oben angegebenen Sinne anzusehen sind, so ist doch zuzugeben, dass ihre Verwandtschaft mit der Neurasthenie offenbar eine nähere ist, als die der ersten Gruppe und zwar deshalb, weil, wie Friedmann mit Recht betont, die Angst bei der Neurasthenie und diesen Psychosen nur quantitativ verschieden ist, und weil die Intervalle zwischen den einzelnen Angstattaquen im Wesentlichen durch neurasthenisch-hypochondrische Erscheinungen gekennzeichnet sind. —

Mit den vorstehenden Ausführungen glaube ich meine Stellung zu den Friedmann'schen Fällen genügend präcisirt zu haben.

Wir kommen damit zu dem letzten Abschnitt unserer klinischen Erörterungen, nämlich zu den Beziehungen zwischen der Melancholie und den paranoiden Erkrankungen.

An denjenigen, der den Begriff der Paranoia so eng fasst, wie Kraepelin dies thut, wird kaum jemals die Nothwendigkeit herantreten, in differentialdiagnostische Erwägungen darüber, ob in einem Falle Paranoia oder Melancholie vorliegt, einzutreten. Wie Siemerling aber mit Recht betont, entsprechen der von Kraepelin gegebenen Definition nicht sehr viele Fälle von chronischer Verrücktheit. Die meisten Autoren haben die Letztere daher weniger eng begrenzt.

Sofern man sich die Anschauung dieser Forscher zu eigen macht, besteht auch die Möglichkeit der Verwechselung melancholischer Krank-

1) Ziehen spricht direct von der „Zähigkeit" der melancholischen Wahnideen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heitsbilder mit solchen der Paranoia und es ist ferner die Frage aufzuwerfen, wohin eine Reihe von Beobachtungen klinisch zu rubriciren sei, die sowohl melancholische Phasen, wie auch andere aufweisen, in denen Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und Verfolgungsideen das Krankheitsbild kennzeichnen.

Von den Letzteren soll im Folgenden zunächst kurz die Rede sein; die hierher gehörigen Fälle sind bereits mehrfach Gegenstand klinischer Untersuchung gewesen.

1. Séglas unterscheidet ein délire mélancholique von dem délire primitif d' autoaccusation. Letzteres folgt entweder einer Phase acuter Melancholie oder es tritt ganz selbständig auf und zwar entweder acut oder chronisch.

Bei den selbständigen chronischen Formen ist nicht selten ein Merkmal vorhanden, das die Abtrennung von der Melancholie leicht ermöglicht, nämlich der Polymorphismus der Wahnvorstellungen. Die Selbstbeschuldigungen verbinden sich mit hypochondrischen, Grössen-, Verfolgungsideen oder anderen Symptomen wie Sinnestäuschungen. Nicht so leicht ist die Diagnose in denjenigen Fällen, in denen die Selbstbeschuldigungen einzig und allein das Krankheitsbild beherrschen. Diese Beobachtungen — von anderen französischen Autoren fälschlich mélancholie des dégénérés bezeichnet — stellen den einen Typus des délire primitif d'autoaccusation dar.

Was die Symptomatologie dieser Erkrankung anlangt, so führt Séglas folgendes aus:

Die betroffenen Individuen sind meist mehr oder minder stark erblich belastet. Sie zeigen bereits vor dem Einsetzen der Psychose verschiedene Zeichen geistiger Entartung. Es sind wenig mittheilsame, misstrauische, furchtsame, schwankende, mit sich selbst unzufriedene Menschen, bei denen allmählich aus ihrer Charakterveranlagung heraus die Selbstanklagen entstehen.

Die Letzteren unterscheiden sich also, was ihre Genese anlangt, insofern von den bei der Melancholie beobachteten, als sie nicht Erklärungsversuche der Angst sind, sondern nur eine pathologische Steigerung gewisser krankhafter Charakterzüge darstellen. Hier sind sie primär vorhanden, während sie bei der Melancholie secundär entstehen. Das für die Affectpsychose so charakteristische Insufficienzgefühl fehlt vollständig, statt dessen begegnet uns ein tief eingewurzelter Egoismus. Einwendungen gegen die Wahnideen provociren Entgegnungen, die in lebhaftem, gereiztem, bisweilen sogar zornigem Tone erfolgen.

Die Kranken beschränken sich nicht darauf, einige wenige Thatsachen aus ihrem Vorleben wahnhaft umzudeuten, sondern sie thun dies

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit ihrer ganzen Vergangenheit und es zeigt sich dabei, dass die intellectuellen Fähigkeiten (Aufmerksamkeit, Perception, Gedächtniss etc.) völlig ungestört sind.

Auf körperlichem Gebiete werden alle jene Begleiterscheinungen, welche uns bei Melancholischen nicht selten begegnen, vermisst.

Auch die äussere Haltung der Kranken bietet nichts Charakteristisches.

Der Ausgang des Leidens ist ein verschiedener. Bei der chronischen Form findet eine fortschreitende Systematisirung der Wahnideen statt, die schliesslich aufhört, worauf das Krankheitsbild dann persistirt.

In anderen Fällen treten Grössen- und Verfolgungsideen hinzu. Eine weitere Gruppe geht in ein délire de négation über. Der Ausgang in Demenz scheint selten beobachtet zu werden.

Die acuten Formen des délire primitif d' autoaccusation können alle Erscheinungen, die man bei der Melancholie findet, darbieten. Sie unterscheiden sich jedoch von der Letzteren durch das ganz plötzliche Auftreten der Symptome und das Fluctuiren derselben. Es fehlt ferner die starre Monotonie der melancholischen Wahnvorstellungen, dafür tritt die Neigung zu systematisiren deutlich hervor. Sinnestäuschungen sind selten. Wenn sie vorkommen, betreffen sie meist den Gehörsinn.

Körperliche Begleiterscheinungen fehlen auch bei den acuten Formen. Höchstens besteht Schlaflosigkeit.

Vorkastner hat darauf hingewiesen, dass die Fälle einen an die Wernicke'sche Angstpsychose erinnernden Verlauf nehmen. Sie dürften wohl auch mit den weiter oben geschilderten Formen schwerer, ängstlicher, nervöser Ueberreizung verwandt sein. —

Ausser diesen sich über mehrere Monate hinziehenden acuten Formen giebt es noch andere, die in wenigen Tagen ablaufen. Sie zeichnen sich durch plötzlichen Beginn, Auftreten von Selbstanklagen, Verfolgungsideen etc. aus, sind von Sinnestäuschungen begleitet und weisen häufig auch heftige Angst auf. Bisweilen tritt hierzu noch Schlaflosigkeit, Nahrungsverweigerung und suicidale Neigungen.

Recidive sind nicht selten zu beobachten. —

Die Deutung, welche die von Séglas beschriebenen Fälle erfahren haben, war eine verschiedene. Während die Einen sie für selbständige Erkrankungen degenerativen Charakters hielten, sahen andere sie als combinirte Psychosen an, die aus einer melancholischen Phase und einer secundären Paranoia bestehen.

In Uebereinstimmung mit Wernicke[1]) und Vorkastner möchte ich die Beobachtungen von der Melancholie abtrennen und zwar deshalb,

1) Dieser Autor bezeichnet die Fälle als Pseudomelancholien.

Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

weil selbst diejenigen Fälle, in denen es zu einer weitreichenden Systematisirung der Wahnvorstellungen nicht kommt, die nach Anglade einfach durch ein Festhalten einiger, während des melancholischen Stadiums concipirter Wahnideen bei Nachlass des Affectes und Ausbleiben einer augenfälligen Demenz[1]) gekennzeichnet sind, in ihrem weiteren Verlaufe soviel charakteristische Eigenthümlichkeiten aufweisen, dass man Bedenken tragen muss, sie der Melancholie zuzurechnen.

Es sei gestattet, dies an einem Beispiel zu zeigen:

Beobachtung 9. G. G., Erzieherin, 38 Jahre alt.

Pat. stammt aus einer mütterlicherseits stark belasteten Familie. Sie selbst war von jeher absonderlich, vertrug sich mit den Geschwistern nicht, lebte immer sehr zurückgezogen. Sie war immer missmuthig und grämlich, zu den eigenen Angehörigen und den ihr anvertrauten Kindern schroff und abweisend.

Seit mehreren Jahren wegen einer langsam verlaufenden Lungentuberkulose in Behandlung.

Im 38. Lebensjahre wurde Pat. innerhalb weniger Wochen sehr niedergeschlagen, äusserte, sie sei ein schlechtes Frauenzimmer, habe sich gegen ihre Angehörigen nicht so benommen, wie es sich gezieme, habe überhaupt nie so recht ihre Pflicht gethan, verdiene weder Essen noch Trinken. Man solle sie in's Gefängniss bringen oder noch besser gleich tödten. Mehr sei sie nicht werth.

Die Angst nahm in den ersten Monaten der Erkrankung dauernd zu. Pat. schrie zuletzt Tag und Nacht. Die Nahrung verweigerte sie mit der Motivirung, sie verdiene kein Essen. Sie musste infolgedessen lange Zeit gefüttert werden.

Allmählich — nach mehr als einem Jahre — blasste der Angsaffect ab, die Wahnideen blieben jedoch bestehen. Die Kranke nannte sich noch immer ein unwürdiges Geschöpf, das sich gegen seine Angehörigen schwer vergangen habe, Strafe verdiene, unnütz auf der Welt sei, kein Stückchen Brot nehmen sollte etc.

Neu hinzugetreten waren jedoch einige Vorstellungen, die nicht in das Krankheitsbild der Melancholie hineingehörten. Die Kranke fühlte sich durch Elektricität beeinflusst, hatte am After alle möglichen Sensationen (Brennen, Stechen) und bohrte sich stundenlang mit dem Finger darin herum.

Ferner glaubte sie, man wolle sie vergiften. Sie verweigerte infolgedessen auch von Zeit zu Zeit die Nahrung.

Eine in gewissen Abständen vorgenommene Intelligenzprüfung ergab niemals einen wesentlichen Defect.

Was die Stimmung der Kranken in der zweiten Phase anlangt, so wies sie in derselben häufig eine beträchtliche Reizbarkeit auf. Sie lehnte die Aufforderung zu essen widerwillig ab, gab oft gereizte, abweisende Antworten,

1) Citirt nach Vorkastner.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kurz, es traten diejenigen Charaktereigenschaften, welche bereits vor Beginn der Erkrankung an ihr wahrgenommen wurden, wieder deutlicher hervor.

In diesem Zustande blieb Pat. bis zu ihrem nach 3jähriger Krankheitsdauer erfolgenden Ableben. (Todesursache: Lungentuberkulose.)

Die Wahnideen und Sinnestäuschungen wechselten nicht, wurden vielmehr immer wieder in der gleichen Weise vorgebracht. Die Pat. blieb dauernd mürrisch, reizbar, ablehnend.

Es fehlten Manieren, Stereotypien, Flexibilität, Negativismus und vor allem eine schwerere Demenz.

Die Orientirung blieb dauernd erhalten.

Wenn wir die vorstehend kurz skizzirte Krankheitsgeschichte überblicken, so können wir zwei Phasen unterscheiden. Die erste ist durch Angst, Selbstvorwürfe, Kleinheitswahn und Nahrungsverweigerung charakterisirt. In der zweiten fehlt die Angst, statt dessen finden wir Vergiftungs- und Verfolgungsideen, dazu verschiedene abnorme Sensationen. Nach Hinzutreten der Letzteren bleibt sich das Krankheitsbild bis zum Tode völlig gleich.

Wie sollen wir diese Affection nun aber classificiren?

Dass sie der Melancholie nicht zuzurechnen ist, geht ohne Weiteres aus dem Umstande hervor, dass Wahnideen zuerst vorhanden waren, die Angst erst secundär hinzutrat. Ausserdem spricht meines Erachtens der weitere Verlauf dagegen.

Gegen eine Dementia praecox dürfte das Fehlen jeder Demenz, ferner das Ausbleiben von Stereotypien, Manieren und Negativismus, sowie das dauernde Erhaltenbleiben der Orientirung in's Feld zu führen sein.

Ist es nun aber ein Paranoia? Nur derjenige, welcher diesen Begriff sehr weit fasst, wird geneigt sein, unseren Fall als solche zu bezeichnen. Beziehungs- und Verfolgungsideen bestanden nur ganz vereinzelt, Grössenideen fehlten ganz, auch die Sinnestäuschungen blieben nur auf ein circumscriptes Gebiet beschränkt. Man wird also wohl zugeben müssen, dass das Krankheitsbild der Paranoia nahesteht, ganz dahin rechnen kann man es aber nicht.

Ich möchte auch diese Beobachtungen mit den französischen Autoren für Psychosen halten, die auf dem Boden der Entartung entstanden sind, nachdem das Individuum von einer schweren körperlichen (wie in unserem Falle) oder seelischen Schädigung betroffen worden war.

2. Während in den eben besprochenen Krankheitsbildern ein paranoider Zustand einem melancholischen folgte, soll nunmehr auf Fälle hingewiesen werden, in denen die Reihenfolge umgekehrt ist.

Vorkastner hat solche Beobachtungen mitgetheilt, ausserdem hat

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gluszezewski[1]) 5 Fälle beschrieben, in denen ein Zustand hallucinatorischer Verwirrtheit einer, wie der Verf. meint, echten Melancholie vorausgeht, deren „Initialstadium" bildet.

Da mir selbst geeignete Fälle nicht zur Verfügung stehen, möchte ich mich darauf beschränken, an der Hand der citirten Casuistik kurz zu denselben Stellung zu nehmen.

Wie Ziehen und Vorkastner übereinstimmend ausführen, handelt es sich dabei nicht um echte Melancholien, es dürften vielmehr auch diese Psychosen von der Letzteren abzusondern sein. Wohin man sie statt dessen rubriciren soll, ist wohl noch eine offene Frage.

Differentialdiagnostisch wird die geringere Tiefe des Affectes, grössere Mannigfaltigkeit der Wahnvorstellungen genannt. Ferner weist Vorkastner darauf hin, dass in der melancholischen Phase noch Beziehungsideen und Hallucinationen schreckhaften Inhaltes in seinen Fällen als Residuen aus dem paranoiden Theil des Krankheitsbildes zurückgeblieben waren.

3. Klarer liegt die Aetiologie in einer dritten Gruppe, in der einer echten Paranoia von vornherein ein depressiver Zug anhaftet, wie Vorkastner es ausdrückt. In den Arbeiten von Schlöss, Witkowski u. A. sind diese Beobachtungen eingehend gewürdigt worden.

Differentialdiagnostisch kommt hier frühzeitiges Auftreten von Sinnestäuschungen, das Wechseln des Inhaltes derselben, das Hinzutreten von Wahnvorstellungen heiteren Inhaltes, von Grössen- und Verfolgungsideen in Betracht. Derartige Kranke sind in ihren Aeusserungen viel weniger einförmig, und weniger passiv in ihrer Haltung als Melancholische.

Zum Schluss meiner Ausführungen muss ich noch kurz auf die ätiologischen Forschungen in der Melancholiefrage zurückkommen.

Nach Aschaffenburg, Kraepelin, Weygandt u. A. unterscheidet sich die Altersmelancholie ätiologisch vom circulären Irresein insofern, als Letzteres eine ausgesprochen endogene Erkrankung darstellt, während bei der Melancholie der endogene Factor gegenüber äusseren Schädlichkeiten zurücktreten soll.

Dieser ätiologische Unterschied soll sich nun in der Weise manifestiren, dass die bei der Melancholie gefundenen Zahlen für erbliche

---

1) Vorkastner hält diese Fälle für so nahe verwandt mit den seinigen, dass er beide gleichzeitig behandelt. Verf. ist diesem Vorgehen gefolgt, weil die Gründe, welche Vorkastner für die Aehnlichkeit beider Gruppen anführt, durchaus einleuchtend sind.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Belastung hinter den beim circulären Irresein ermittelten zurückbleiben. Ferner soll die Art der Belastung eine verschiedene sein. In der Verwandtschaft — speciell der Ascendenz — von Melancholikern haben Kraepelin und Aschaffenburg[1]) auffallend oft Apoplektiker, Senil-Demente und Potatoren gefunden, in derjenigen von Manisch-Depressiven dagegen mehr gleichartige Belastung.

Ich habe mein eigenes Material auch nach diesen Gesichtspunkten geprüft und die erwähnten Unterschiede nicht gefunden.

Was die Zahlen für erbliche Belastung anbetrifft, so erhielt ich folgendes:

periodische Manie	68	pCt.,
periodische Melancholie . .	65	„
circuläres Irresein	56	„
Involutionsmelancholie . . .	51	„

Ich habe dabei als belastende Momente Geistes-, Nervenkrankheiten, Trunksucht, Selbstmord und abnorme Charaktere, sofern dieselben in der directen Ascendenz, bei Geschwistern oder eigenen Kindern[2]) vorkommen, angesehen, habe also den Begriff ziemlich weit ausgedehnt, wie dies übrigens Roubinowitsch und Toulouse auch thun.

Die Zahlen zeigen, dass erhebliche Unterschiede zwischen der Involutionsmelancholie und dem circulären Irresein nicht nachzuweisen sind.

Da auch von anderen Autoren — ich verweise auf die Zusammenstellung der Procentzahlen bei Lipschitz (S. 200) — solche anscheinend nicht oft gefunden worden sind, wird man diesem Unterscheidungsmerkmal keine grosse Bedeutung beimessen dürfen.

Zum Studium der Qualität der Belastung stand mir ausser einer Reihe von selbstbeobachteten Fällen noch das Material von Richard Förster zur Verfügung, der für seine Erblichkeitsforschung eine Anzahl einschlägiger Krankheitsgeschichten gesammelt hatte.

Bei Auswahl der Letzteren wurde in der Weise verfahren, dass nur Eltern und Kinder oder directe Geschwister berücksichtigt wurden. Es waren auf diese Weise 22 Paare, die ich zusammenstellen konnte. Ich gebe dieselben in Tabellenform wieder.

Aus dieser Tabelle ergiebt sich, dass senile Demenz, Apoplexien und Alkoholismus nur in 4 Fällen von 22 zu verzeichnen sind. Unter dem sehr viel grösseren Materiale von Circulären, periodisch Manischen

---

1) S. Discussionsbemerkung zu R. Foerster's Vortrag. (Lit.-Verzeichniss No. 7.)

2) Dies kam nur in drei Fällen vor.

Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Tabelle IV.

No.	Bezeichnung des Patienten	Vater	Mutter	Bruder	Schwester
1	F.	—	—	Mel.	—
2	F.	—	Mel.	—	—
3	F.	—	Sen.	—	—
4	M.	—	—	Man.	—
5	F.	—	—	—	Mel.
6	F.	Epil.	—	—	—
7	M.	—	Imb.	—	—
8	M.	Alk.	—	—	Hy.
9	M.	Mel.	Hy.	—	Hy.
10	M.	—	Mel.	—	—
11[1])	M.	—	—	—	Circ.
12[1])	F.	—	per Mel.	—	—
13[1])	F.	—	—	—	Mel.
14	F.	Epil.	—	Mel.	—
15	M.	—	Apopl.	—	—
16	M.	Alk.	—	—	—
17	F.	—	Circ.	—	—
18	F.	Mel.	—	—	—
19	F.	—	Hy.	—	—
20	M.	per. Man.	—	—	—
21	M.	—	Hy.	—	—
22	M.	—	Mel.	—	—

Erklärung der Zeichen für die Tabelle: F. „Frau“, M. „Mann“.

Die in der mit M. und F. ausgefüllten Rubrik stehenden Fälle sind alle Involutionsmelancholien.

Epil. „Epilepsie“, Hy. „Hysterie“, Imb. „Imbecillität“, Mel. „Involutionsmelancholie“, Alk. „Alkoholismus“, Circ. „Circuläres Irresein“, Man. „Manie“, Apopl. „Apoplexie“.

und Melancholischen, welche mir zu Gebote standen, fanden sich Altersschwachsinn, Schlaganfälle und chronischer Alkoholismus viel häufiger.

Dasselbe scheint übrigens auch Lipschitz gefunden zu haben, der den Satz aufstellt: „Bei jugendlichen Melancholikern war besonders häufig Potatorium und Epilepsie in der Ascendenz als belastendes Moment, bei klimacterischen Melancholien öfters gleichartige Vererbung zu finden“.

Es folgt daraus, dass auch dieses Unterscheidungsmerkmal anscheinend nicht immer vorhanden ist.

Ich komme damit zu dem letzteren Punkte. Nach Kraepelin

1) Förster'scher Fall.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

soll nämlich der Ausbruch der Altersmelancholien sehr häufig durch bestimmte äussere Anlässe begünstigt werden, während beim circulären Irresein diese auslösenden Momente keine grosse Rolle spielen.

Lipschitz ist in einer sehr ausführlichen Arbeit auf die ätiologischen Momente, welche sowohl bei der einfachen, wie bei der periodischen Melancholie wirksam sind, näher eingegangen[1]).

Er kommt zu dem Schlusse, dass bei allen diesen Erkrankungen neben den exogenen Ursachen ein endogener Factor die hervorragendste Rolle spielt. In dem Letzteren erblickt auch er anscheinend die „eigentliche" Ursache der Melancholie.

Ohne Zahlen bringen und auf Einzelheiten eingehen zu wollen, möchte ich im Wesentlichen seine Ergebnisse bestätigen. Man findet die verschiedensten Gelegenheitsursachen sowohl bei der einfachen Melancholie, wie auch bei der periodischen und beim circulären Irresein. Andererseits fehlen solche äusseren Ursachen auch nicht allzu selten bei allen drei Verlaufsarten (s. a. A. Westphal und Wollenberg).

Wenn man nun diesen äusseren Einflüssen überhaupt irgendwelche Bedeutung zuerkennen will, dann muss man sie nicht allein bei der Involutionsmelancholie als wirksam ansehen, sondern auch bei der periodischen Melancholie und dem circulären Irresein. Thut man dies aber, dann giebt man zu, dass bei beiden Erkrankungen zum mindesten die auslösenden Momente die gleichen sind.

Die meisten Autoren, welche sich mit den einschlägigen ätiologischen Forschungen beschäftigt haben — es sei bezüglich der Literatur auf die Referate von Hähnle, Grassmann, ferner auf die Arbeiten von Harbolla, Sioli und R. Förster verwiesen —, haben die von Kraepelin u. a. angegebenen ätiologischen Unterschiede zwischen der Involutionsmelancholie und dem circulären Irresein nicht gefunden.

Wenn man diese Thatsache mit dem verbindet, was sich beim Studium der klinischen Erscheinungen und des Verlaufes beider Erkrankungen ergeben hat, dann wird man sich dahin zusammenfassen dürfen, dass es bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse nicht angängig erscheint, die Involutionsmelancholie vom manisch-depressiven Irresein zu trennen.

Wir werden vielmehr alle die verschiedenen Spielarten von der ausserordentlich selten auftretenden isolirten Manie auf der einen Seite, bis zur einmaligen Melancholie

1) S. auch Albrecht, Monatschrift für Psychiatrie. 1905.

Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

auf der anderen Seite als eine grosse Krankheitsgruppe zusammenfassen müssen.

Diese Auffassung wird im Wesentlichen auch von A. Westphal (l.c.) vertreten, der ausdrücklich hervorhebt, dass zwischen den zweifellos vorkommenden Fällen von isolirter Manie und Melancholie die verschiedenartigsten fliessenden Uebergänge zu den sich im späteren Leben in den mannigfachsten Variationen wiederholenden krankhaften Verstimmungen dieser Art bestehen, die uns nur durch die nahen inneren Beziehungen manischer und depressiver Zustände verständlich werden. Auch von ihm ist die senile Melancholie nicht von den Depressionszuständen der übrigen Lebensabschnitte getrennt, allerdings auch nicht den manisch-depressiven Mischformen (Thalbitzer) ohne Weiteres zugerechnet worden.

Wohl wird es auch in Zukunft noch zahlreiche unaufgeklärte Punkte in der Melancholiefrage geben, Ziehen, Kölpin, Vorkastner u. a. haben auf mehrere solche hingewiesen und auch zu Beginn dieser Arbeit wurden einige von ihnen ausführlicher besprochen, man wird aber an das Studium derselben am zweckmässigsten unter der Voraussetzung herantreten, dass die Involutionsmelancholie der grossen Gruppe der manisch-depressiven Psychosen zugehört.

Dies wieder einmal hervorzuheben, war der Hauptzweck der vorstehenden Arbeit. Daneben sollte von neuem auf das grosse Gebiet der Uebergangsfälle hingewiesen werden. Dass unsere Kenntnis derselben eine durchaus unzureichende ist, wurde von verschiedenen Autoren betont. Es wird eine der nächsten Aufgaben sein müssen, diese Grenzgebiete genauer zu erforschen.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Westphal spreche ich für die freundliche Ueberlassung des Materials und das der Arbeit entgegengebrachte Interesse meinen verbindlichsten Dank aus.

Nachschrift bei der Correctur.

Die wesentlichsten Ergebnisse des ersten Theiles der vorstehenden Arbeit sind unter dem Titel „über die klinische Stellung der Involutionsmelancholie“ in einem am 27. April 1907 auf der Jahresversammlung des deuschen Vereins für Psychiatrie gehaltenen Vortrage bekannt gegegeben worden. Kurze Zeit darauf (am 1. Juni) ist dann Georges Dreyfus in einem Vortrage und etwas später auch in einer ausführlichen von Kraepelin mit einem Vorwort versehenen Monographie (Die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1907, Gustav Fischer, Jena) auf Grund des alten Heidelberger Materials zu den gleichen Resultaten, wie Verfasser, gelangt.

Ferner hat sich inzwischen Specht (Centralbl. für Nervenheilkunde, 1907) gegen die Selbstsändigkeit der Involutionsmelancholie ausgesprochen.

Specht sowohl, wie Kraepelin und Dreyfuss haben nun einen zuerst von Thalbitzer ausgesprochenen Gedanken, dass die Involutionsmelancholie ein manisch-depressiver Mischzustand sei, aufgenommen und in besonderer Weise ausgeführt.

Damit ist die ganze Melancholiefrage in ein neues Stadium getreten. Dass die neue Anschauung allgemein angenommen werden wird, steht nicht zu erwarten. Immerhin ist aber wohl insofern bezüglich der ganzen Frage ein Schritt vorwärts gethan, als nunmehr die Involutionsmelancholie als selbstständige Krankheitsform endgültig gefallen ist. —

Ausser den beiden genannten Publicationen sind inzwischen noch zwei weitere Veröffentlichungen erschienen, nämlich:

1. Rehm, Verlaufsformen des manisch-depressiven Irreseins. Vortrag, gehalten auf der Jahres-Vers. des deutschen Vereins für Psych. Ref. Neur. Centralbl. 1907. S. 530.
2. Heilbronner, Zur Psychopathologie der Melancholie. Monatsschrift für Neurol. und Psychiatr. 1907. S. 1.

Beide konnten in dieser Arbeit nicht mehr berücksichtigt werden.

Literaturverzeichniss.

1. Anglade, Des délires systematisés. Gazette hebdomadaire. 1899. Citirt nach Vorkastner.
2. Aschaffenburg, Ueber die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen. Allg. Zeitschr. für Psych. 1901. S. 337.
3. Capgras, Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile.
4. Dobrich. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 56. S. 979.
5. van Erp Talmann Kip, Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 54. S. 119.
6. Fauser, Zur Kenntniss der Melancholie. Centralblatt für Nervenheilkunde. 1906. S. 880.
7. R. Förster, Ueber die klinischen Formen der Erblichkeit etc. Vortr. s. Allg. Zeitschrift für Psych. 1907.
8. Friedmann, Ueber neurasthenische Melancholie. Monatsschr. für Psych. Bd. XV.
9. Fürstner. Die Geistesstörungen im Greisenalter. Arch. für Psych. Bd. XX. 1899. S. 458.
10. Grassmann, Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 52.

Generated on 2019-02-17 16:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

11. Gaupp, Die Depressionszustände im höheren Lebensalter. Münch. med. Wochenschr. 1905.
12. Gluszezewski, Die acute hallucinatorische Verwirrtheit als Initialstadium bei Melancholie. I. D. Marburg. 1904.
13. Güntz, Ueber Dementia senilis. Allg. Zeitschr. für Psych. 1874. S. 102.
14. Hähnle, Neurologisches Centralbl. 1904.
15. Heller, Ueber die Wahnideen der Melancholiker. I. D. 1898. Marburg.
16. Harbolla, I. D. Breslau. 1893.
17. Hinrichsen, Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 54. S. 86.
18. Hitzig, Ueber die nosologische Auffassung und über die Therapie der periodischen Geistesstörungen. Berl. klin. Wochenschr. 1898. S. 1.
19. Hoche, Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Alt'sche Sammlung. Halle a. S. Carl Marhold.
20. Illberg, Die Prognose der Geisteskrankheiten. Carl Marhold. Halle a. S.
21. Jolly, Ref. über Kraepelin's Lehrbuch im Archiv für Psychiatrie. Bd. 28. S. 1003.
22. Kemmler, Ueber die Depressionsformen des jugendlichen Alters und ihre Prognose. Arch. für Psych. Bd. XXVII.
23. Kölpin, Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. Arch. für Psych. 1903.
24. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Aufl. 1904.
25. Derselbe, Ueber die klinische Stellung der Melancholie. Monatsschr. für Psych. 1896.
26. von Krafft-Ebing, Ueber Irresein im Klimakterium. Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 34.
27. Krakauer, Die Melancholie d. Frauen i. Klimakterium. I. D. Breslau. 1884.
28. Léri, Le cerveau sénil. Ref. erstattet auf dem Congr. des médecins aliénistes et neurologistes. 1906. Lille.
29. Lipschitz, Zur Aetiologie der Melancholie. Monatsschr. für Psych. und Neurol. Bd. XVIII.
30. Mattusch, Ueber den Einfluss des Klimakteriums auf die Form und Entstehung von Geistesstörungen. Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 46.
31. Mayser, Archiv für Psych. XXXI. S. 500.
32. Marcus, Ueber einige Besonderheiten in Erscheinung und Verlauf der Melancholie bei Neurasthenikern. Allgem. Zeitschrift für Psych. Bd. 46. S. 487.
33. E. Meyer, Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berl. klin. Wochenschr. 1901. Nr. 31.
34. Cl. Neisser, Referat über Kraepelin's Lehrbuch. Centralbl. für Nervenheilk. 1895.
35. Noetzli, Ueber Dem. senilis. I. D. Zürich. 1899.
36. Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen. Jena. 1901.
37. Ritti, Les psychoses de la vieillesse. Ref. erstattet auf dem Congres des médecins aliénistes etc. zu Bordeaux. 1896. Ref. im Neurol. Centralblatt.
38. Rückle, Ist die Melancholie ausschliesslich eine Psychose des Rückbildungsalter? Inaug.-Diss. Erlangen. 1898.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain, in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

39. Roubinowitsch, La mélancholie. 1897.
40. Saiz, Ueber die Aetiologie der Manie. S. Karger. 1907.
41. Schlöss, Ueber die Beziehungen zwischen Melancholie und Verrücktheit. Jahrb. für Psych. 1896. S. 114.
42. Séglas, Le délire systématique primitif d'autoaccusation. Arch. de neurol. Vol. VII.
43. Schott, Beitrag zur Lehre von der Melancholie. Archiv f. Psych. Bd. 36.
44. Siemerling, Kapitel „Paranoia" in Binswanger-Siemerling's Lehrbuch der Psychiatrie. II. Aufl. 1907.
45. Sioli, Archiv für Psych. 1885.
46. Thalbitzer, Melancholie und Depression. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1905.
47. Thomsen, Demonstration im psych. Verein der Rheinprovinz. S. Allg. Zeitschr. für Psych. 1902.
48. Vedrani, Bolletino del manicomio di Ferrara. XXVII. 3. 1899. Citirt nach Kraepelin.
49. Vorster, Monatsschr. für Psych. 1901.
50. Vorkastner, Ueber pseudomelancholische Zustände. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 1905.
51. Walker, Ueber manische und depressive Psychosen. Archiv für Psych. 1907.
52. Weiss, Die Psychosen des Seniums. Wiener med. Presse. 1880.
53. A. Westphal, Abschnitt: „Melancholie" in Binswanger-Siemerling's Lehrbuch der Psych. II. Aufl. 1907.
54. Weygandt, Ueber das manisch-depressive Irresein. Berliner klinische Wochenschr. 1901.
55. Wernicke, Grundriss der Psychiatrie. 1900.
56. Wille, Die Psychosen des Greisenalters. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1874. S. 269.
57. Witkowski, Ueber den Schwachsinn. Neurol. Centralbl. 1886. S. 569.
58. Witkowski, Verh. der 10. Vers. südwestdeutscher Irrenärzte 1886. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1886.
59. Wollenberg, Die Melancholie, in „Die Deutsche Klinik".
60. Wollenberg, „Senile Geistesstörungen" in Binswanger-Siemerling's Lehrbuch. II. Aufl.
61. Zingerle, Ueber Geistesstörungen im Greisenalter. Jahrb. für Psych. 1899. S. 257.
62. Ziehen, Lehrbuch der Psychiatrie. II. Aufl. 1903.
63. Ziehen, Die Erkennung und Behandlung in der Praxis. Alt'sche Sammlung. Halle a. S. C. Marhold.
64. Ziehen, Ueber einige Lücken und Schwierigkeiten in der Gruppirung der Geisteskrankheiten. Monatsschr. für Neurol. und Psych. 1904.

Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XVII.

Aus der Königl. psychiatrischen Universitätsklinik zu Königsberg i. Pr. (Director: Prof. E. Meyer).

Zur pathologischen Anatomie des Delirium tremens[1]).

Von

Dr. med. **Walther Kürbitz,**

chem. I. Assistent der Klinik, z. Zt. Marburg, patholog. Institut.

(Hierzu Tafel VII.)

Seit Jahren ist man eifrig bemüht, das klinische Bild, das uns die Geisteskrankheiten bieten, durch mikroskopische Befunde zu ergänzen und zu erhärten. Abgesehen von der Dementia paralytica, bei der die anatomische Erforschung seit langer Zeit mit immer mehr Erfolg betrieben ist, hat man sich auch besonders mit den acuten Geistesstörungen beschäftigt in der Annahme, hier vor allem Veränderungen finden zu können, und zwar speciell mit den alkoholischen, wegen der der greifbar und klar zu Tage liegenden Aetiologie.

Am eingehendsten hat sich Bonhöffer mit dem Delirium tremens beschäftigt. Er fand die grossen und die Riesenpyramidenzellen zum Theil zerfallen und zwar handelte es sich stets um eine central beginnende Alteration des Zellchromatins, der Kern war der Peripherie genähert, die Zellcontur unscharf, die Fortsätze kurz; Gliakerne oft in Haufen um die Zelle gelagert, alles Befunde, die — wie Bonhöffer selbst ausdrücklich hervorhebt — keineswegs charakteristisch für ein Delirium sind. Finde man dagegen frischen Markscheidenzerfall der Hirnrinde nach Marchi, so sei dieser vermuthlich an die Anwesenheit deliriöser Zustände gebunden. Solchen scholligen Markscheidenzerfall

1) Nach einem Vortrage, gehalten auf der XIII. Sitzung des nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologi ein Danzig am 2. Juli 1906.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

traf Bonhöffer besonders in der Gegend der Centralwindungen und im Bogen des Kleinhirns an, eine krankhafte Erscheinung, die nicht durch qualitativ verschiedene Processe hervorgerufen ist, sondern nur quantitativ.

Chronischer Alkoholmissbrauch allein bedingt nach ihm keinen frischen Zerfall der Markscheiden. Ferner ist als Folge acuter Veränderungen, wie sie ja naturgemäss bei einem Delirium tremens anzutreffen sind, auch die Neigung zu Haemorrhagien anzusehen und zwar führt Bonhöffer als Prädilektionsstellen die Gegend des Höhlengraus um den III. Ventrikel und den Aquäduct an. „Weder das Nissl-Bild allein, noch der Befund durch Osmiumsäure allein sind pathognomonisch für ein Delirium tremens", sondern man muss die Summe aller Befunde zur Beurtheilung heranziehen und berücksichtigen.

Juliusburger und E. Meyer vertraten in ihrem „Beitrag zur Pathologie der Ganglienzelle" im wesentlichen dieselbe Ansicht für die Zellveränderungen im allgemeinen und betonen, dass das ätiologische Moment für Veränderungen der Granula nicht massgebend ist, sondern dass nur quantitative Unterschiede zu erkennen seien. Dieselbe Ansicht vertritt E. Meyer auch noch in einer späteren Arbeit „zur Pathologie der Ganglienzelle" und ferner bei Besprechung der Autointoxicationspsychosen. Ueber diese äussert sich u. a. auch Alzheimer dahin, dass eine Differentialdiagnose zwischen Delirium tremens und anderen Intoxicationspsychosen nicht möglich sei, sondern dass es sich nur von der Dementia paralytica mit Sicherheit abgrenzen lasse. Andere Autoren, z. B. Cramer, Heilbronner, gelangen bei ihren Untersuchungen zu den gleichen Resultaten. Trömner, der sich auch in eingehender Weise mit dem Delirium tremens beschäftigt hat, und auch kürzlich Takasu, legen u. a. den Purkinje'schen Zellen des Kleinhirns eine gewisse Bedeutung bei, inwiefern aber mit Recht, bedarf noch einer eingehenden Nachprüfung.

Im folgenden möchte ich nun die Befunde einiger Fälle von Delirium tremens besprechen, die zum Theil der hiesigen Klinik, zum Theil der Kieler entstammen. Wenn diese nun auch im wesentlichen nichts Neues bieten, so ist doch ein Eingehen auf diese vielleicht insofern nicht ganz überflüssig, als die Anzahl der bis jetzt publicirten Fälle verhältnissmässig nur eine geringe ist, und jede Veröffentlichung wiederum zu neuen Nachprüfungen und Untersuchungen Anregung bieten soll.

Zur Herstellung der Präparate wurden folgende Methoden angewandt: Alle Theile kamen zuerst in Formol-Müller 1 : 10. Die Zellfärbung wurde dann nach der von Juliusburger und E. Meyer

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

angegebenen Weise mittelst Thionin und einfacher Differencirung in Alkohol ausgeführt. Ferner wurden Kernfärbungen mit Hämalaun und Eosin vorgenommen; Nervenfasern wurden theils nach Weigert-Pal, theils nach Marchi untersucht.

Fall I.

Klinische Uebersicht: Bernhard W., Kellner, 35 Jahre.

Trinkt seit längerer Zeit, oft betrunken. Vor 1 Jahr Lues. Bei der Aufnahme in die Klinik, nachdem er zu Hause 1 Tag wegen „Influenza" im Bett gelegen hatte, sieht er Männer, die ihm etwas thun wollen u. s. w. Glaubt im Schlachthaus zu sein, „gleich kommt die Commission, um mich, das Schwein, in Augenschein zu nehmen". Nachts äusserst unruhig. Zittert sehr stark, „dumme Angewohnheit, kommt vom Schnaps". Hallucinirt stark. Pupillen reagiren träge. Zunge kommt grade, zittert lebhaft. Herz: Töne rein, Puls klein, 114. Leber sehr druckempfindlich. Auf Nadelstiche reagirt Pat., Schmerzempfindlichkeit ist aber erheblich herabgesetzt. Kein Schwindel, kein Fieber. Urin: Albumen +. Am Abend Krämpfe epileptischer Natur, die nach 2 Stunden zum Tode führen.

Section: Starke Hyperämie der Lungen, in der rechten Spitze schiefrige Induration. Starke Röthung des Schlundes und der Luftwege. Zäpfchen blutunterlaufen. Starke Residuen von rechtsseitiger Pleuritis, geringe Residuen links. Hypertrophie des Herzens mit Trübung. Geringe fettige Fleckung der Aorta. Sehr grosse indurirte Fettleber. Kleine, zähe Milz. Trübung und Hyperämie der Nieren. Starke Ekchymosirung des Magens. Massenhafte Varicen der Dünndarmgefässe. Sehr derbes Pankreas.

Mikroskopisch: Die grossen Pyramidenzellen der Grosshirnrinde sind durchgehend verändert, vergl. Abbild. I; die Nissl-Körper sind in kleine Stücke zerfallen, die in unregelmässiger Weise über die ganze Zelle zerstreut sind, gequollen, besonders an den hellen Zellen, cfr. unten. An vielen Zellen ist deutlich eine Decentralisation des Kernes zu erkennen, die Form der Zelle ist bald birnförmig, bald länglich oval. Ein Theil der Zellen ist sehr hell und diffus, ein anderer tief dunkel gefärbt. Bei den blassen fällt eine erhebliche Vergrösserung auf, während die dunklen normal, eher etwas atrophisch sind. Die Protoplasma-Fortsätze sind oft nur undeutlich zu erkennen, nur an den dunklen Zellen treten sie klarer hervor. Die Fortsätze selbst sind bei den hellen Zellen kurz, bei den dunklen korkzieherartig. In einzelnen Zellen Vacuolenbildung.

An einzelnen Gefässen finden sich längliche Kerne in etwas stärkerer Zahl, d. h., es liegt eine Wucherung der Adventitiakerne vor; keine Lymphscheideninfiltration, keine Plasmazellen.

Die Gliazellen sind erheblich vermehrt. An einzelnen Zellen kleine Pigmentanhäufungen. Auch in anderen Präparaten fallen die zahlreichen Trabantzellen auf, ferner das viele Pigment und die geschwänzten Endothelzellen an den Gefässen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In den Radiärfasern des Grosshirns findet sich nach Marchi starke Degeneration, etwas auch in den Querfasern, die Tangentialfasern dagegen sind frei.

Im Wurm findet sich starke Schwarztüpfelung (vergl. Abbild. IV) desgleichen auch im übrigen Kleinhirn, hier aber nicht so ausgeprägt. Die Form der Vorderhornzellen ist im ganzen erhalten, nur bei einzelnen zeigt sich eine gewisse Abrundung und Schwellung. Die Fortsätze sind normal, einzelne Nissl-Körper sind zerfallen. Stellenweise reichliches Pigment in den Vorderhornzellen. An den Hintersträngen alte Degeneration.

Im Thalamus, nahe dem Ventrikel, Blutungen. Das Ependym ist stellenweise nicht unerheblich gewuchert.

Fall II.

Klinische Uebersicht: Julius J., Arbeiter, 43 Jahre.

Am Tage der Aufnahme sehr wenig orientirt, behauptet oft das Gegentheil von dem, was er einen Augenblick vorher angegeben hat. Vorgehaltene Gegenstände erkennt er. Trank für mindestens 30 Pfg. Schnaps täglich. Hallucinationen negirt.

Mässig genährt, Pupillen nicht ganz rund, Conjunctivitis. RL träge, RC träge. R. der oberen Extremitäten ziemlich lebhaft. Kniephänomen +, Achs.-R. +. Rechte Nasolabialfalte weniger deutlich als links. Zunge kommt gerade, zittert; Tremor man. Muskeln nicht druckempfindlich. Pulm.: Geringes Emphysem, Grenzen wenig verschieblich. Cor: Grenzen nach rechts erweitert; Puls 100. Urin: o. B. Kein Fieber, kein Schwindel.

Immer sehr unruhig, kriecht unter die Betten, „um Vögel zu suchen“. Puls klein. Ständig unruhig in den nächsten Tagen und Nächten, am 7. Tage nach der Aufnahme benommen, röchelt; über der Lunge trockene und feuchte Rasselgeräusche, Puls klein, schlaff, unregelmässig. Temperatur 34,7°. Zustand unverändert, bis nach 12 Tagen Exit. erfolgt.

Section: Cor: braune Atrophie, fettige Degeneration an der Aorta. Klappen o. B. Grösse normal. Pulm: Beiderseits pleuritische Adhäsionen. Rechts 2 grössere bronchopneumonische Herde, starkes Oedem der Lunge. Links nur Oedem. Bronchiektasien der grösseren Bronchien beiderseits. Bronchialschleimhaut geröthet. Milz: von sehr weicher Consistenz, etwas vergrössert. Nieren: auf dem Durchschnitt Trübung, wie gekocht. Rinde etwas verbreitert. Leber: mässig fettig degenerirt. Magen: Schleimhaut circumscript verdickt und geröthet (État mamelonné). Rectum: mässiger Katarrh der Schleimhaut. Darm: im Jejunum mässige Röthung und Schwellung der Schleimhaut, sonst o. B. Schädel: ziemlich dick, von mittlerer Schwere; Diploe wenig vorhanden, Dura mit dem Schädel nicht verwachsen, Sinus longit. leer, Dura auf der Innenfläche glatt, glänzend. Pia: stellenweise diffus getrübt. Gewicht 1130. Gyri im Frontallappen etwas verschmälert. Gefässe der Basis ziemlich zartwandig, collabirt. Starkes Oedem.

Mikroskopisch: In den Hintersträngen findet sich geringe Degeneration (Marchi), desgleichen spurweise auch in den Seitensträngen. Im

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lendenmark starke Aufhellung der Zellen; diese selbst sind abgerundet, der Kern fehlt oft. Diese Veränderungen treten besonders auf der einen Seite zu Tage, während auf der anderen nur einzelne Zellen aufgehellt, die meisten aber wohl erhalten sind. Brustmark in Bezug auf Zellen nicht wesentlich verändert, dagegen wieder das Halsmark beiderseits stark in Mitleidenschaft gezogen. Die grossen Pyramidenzellen des Centrallappens sind blass, aber in der Form meist erhalten, Granula zum Theil noch deutlich erhalten, in anderen dagegen schon zerfallen.

Die Gefässe sind unverändert.

Fall III.

Klinische Uebersicht: Heinrich D., Arbeiter, 44 Jahre.

Starker Potus. Bei der Aufnahme in heiterer, euphorischer Stimmung. Oertlich ziemlich, zeitlich garnicht orientirt. Starkes Zittern des ganzen Körpers; kein Schwindel: Hallucinationen negirt. Nach kurzer Zeit wird er unruhig, sieht an der Decke Gestalten. Pupillen unter mittelweit, l.=r., R. L. etwas träge, R. C. +. Gaumen und Rachen geröthet. Würgereflex ++. Starker Tremor man. Herz: Töne unrein, leise, unregelmässig. Urin: $^1/_2$ pCt. Alb., kein Sediment. Muskeln und Nervenstämme nicht schmerzhaft. Hypalgesie des ganzen Körpers, besonders des Unterkörpers. Kniephänomen ++, Achs.-R. +, Crem.-R. +, Abd.-R. +. Sprache wohl stolpernd und Silben auslassend, aber nicht verwaschen. Sieht unter dem Bett viele kleine Thiere, die immer umherlaufen, etc. Starke Hallucinationen, sehr unruhig. In der zweiten Nacht nach der Aufnahme plötzlich Exit. let.

Section: Myodegeneratio cordis. Intumescentia lienis. Adipositas hepatis. Gastritis et enteritis gravis. Tuberculosis antiqua et recens lobi sup. pulmonis dextri. Adhaesiones pleurae. Hirngewicht 1226; makroskopisch o. B.

Mikroskopisch: Die Vorderhornzellen enthalten viel Pigment, die Zellen sind in ihrer Form und ihren Fortsätzen im wesentlichen erhalten. In den untersuchten Stücken der Hirnrinde sind die Ganglienzellen sehr gering; soweit sich daraus ein Schluss ziehen lässt, ist auch hier eine Abrundung der Zellen mit Zerfall der Granula vorhanden.

Fall IV.

Klinische Uebersicht: Gottlieb Sch., Arbeiter, 48 Jahre.

Bei der Aufnahme widerstrebend, sieht mit verglasten Augen umher, antwortet immer erst auf wiederholtes Anrufen. Giebt seine Personalien richtig an; glaubt in einem Restaurant, bald darauf in einem Bethaus zu sein. Potus zugegeben. Pupillen mittelweit, R. L. +, A. B. frei. Zunge kommt gerade, zittert; Pat. riecht nach Schnaps. Allgemeiner Tremor mässigen Grades. Kniephänomen +; Muskel- und grosse Nervenstämme druckempfindlich. Lunge: rechtsseitige Pneumonie. Herz: Töne rein, Puls sehr klein, 132. Leber: überragt den Rippenbogen um zwei Fingerbreite. Urin: Alb. +.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kein Fieber, kein Schwindel. Am folgenden Tage psychisch etwas klarer. Dämpfung der rechten Lunge fortgeschritten, viel rostfarbiges Sputum entleert. Am 3. Tage morgens Exitus.

Section: Tracheitis, Bronchitis, pneumonische Infiltration des rechten Unterlappens und des grössten Theiles des Oberlappens. Milz gequollen. Trübung der parenchymat. Organe. Fettige Degeneration der derben Leber. Derbe Nieren. Fettige Fleckung der Aorta. Beiderseits viel Residuen von abgelaufener Pleuritis. Gastritis, Dünn- und Dickdarmkatarrh. Schädelkapsel mit der Dura in der mittleren Partie verwachsen. Pia stark getrübt und ödematös. Am vorderen Ansatz der Falx befindet sich ein glattes, unregelmässig configurirtes Knochenstück.

Mikroskopisch: In der Grosshirnrinde starke Vermehrung der Trabantzellen. In den Zellpräparaten waren leider keine feineren Abweichungen mehr zu erkennen, da die Hirntheile unbrauchbar geworden waren. Frontal feine Schwarztüpfelung mit Marchi, nicht pathologisch, ebenso central, nur occipital stärker ausgeprägt. Im Kleinhirn fleckweise Schwarztüpfelung, und zwar in der Zona granulosa angrenzend an das Mark. Im Marke ebenfalls reichliche Schwarztüpfelung vorhanden, ob aber pathologisch, ist nicht sicher zu entscheiden. Im Wurm ist auch deutliche Schwarztüpfelung vorhanden, aber nicht ausgeprägter als in den Hemisphären. Im Nucleus dentatus kleine Blutungen und Reste älterer Blutungen; sonst sind keine nachzuweisen.

Fall V.

Klinische Uebersicht: Heinrich Kl., Gärtner, 39 Jahre.

Bei der Aufnahme sucht er viel umher, murmelt beständig vor sich hin. R. L. träge, Puls ziemlich kräftig, 84.

Sieht stier vor sich hin, Augen sind maximal geöffnet, reagirt nicht auf Fragen. Nachts sehr unruhig; spricht Morgens noch mit dem Wärter, wird plötzlich blass, Puls klein, nach wenigen Minuten Exit. let.

Nach Angabe der Frau trinkt Pat. seit seinem 26. Jahre viel Schnaps, seit 5—6 Jahren täglich 1 Liter Schnaps, in der letzten Zeit zwei Bierflaschen voll. Vor 5 Wochen Magenbeschwerden, fühlt sich zur Arbeit zu schwach, trinkt aber in alter Weise weiter, isst nicht mehr ordentlich. Am Tage vor der Aufnahme unruhig, redet verworren vor sich hin; Nachts sehr erregt, gegen die Frau aggressiv, erkennt seine Familie nicht mehr etc. Vater auch Potator.

Section: Ueber taubeneigrosse Cyste in der linken Fossa Sylvii mit Abdrängung und Compression des Schläfenlappens. Starke Ausbuchtung der linken Schädelgrube nach vorn. Erbsengrosse, derbe Cyste in der Gegend des Sulc. Rolandi, weissliche Trübung der Meningen, besonders in der Nähe der Cysten. Starkes Meningealoedem. Hyperostose des Schädeldaches. Flacher Osteophyt am inneren Schädeldach. Pneumonische Infiltration des rechten oberen Lappens. Spärliche Residuen beiderseitiger Pleuritis. Fettige Degeneration des Herzens. Grosse fettige Fleckung der Aorta. Beginnende Lebercirrhose, Hyperämie der Leber. Derbe, hyperämische Milz. Hyperämie der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nieren, daselbst auch kleine Narben. Grosse Nebennieren. Schwellung der Dickdarmfollikel; Schleimhaut geröthet, bräunlich pigmentirt.

Mikroskopisch: Die grossen Pyramidenzellen der Hirnrinde sind in ihrer Form sehr verändert. Sie sehen wie gequollen aus, sind fortsatzarm, der Kern ist länglich und liegt am Rand. Nur am Rand sind Nissl-Körper wahrzunehmen. Manche Zellen sind sehr hell, häufig fehlt der Kern. Auffallend viel Trabantzellen. Keine Plasmazellen, keine Lymphscheideninfiltration. Im Rückenmark vereinzelte Schwarztüpfelung, nicht sicher als pathologisch zu bezeichnen. Im Brustmark geringe schollige Degeneration der Markscheiden, besonders in den Hinter- und Seitensträngen.

Fall VI.

Klinische Uebersicht: Bertha K., puella publ., 27 Jahre.

Während eines Polizeigewahrsams brach Delirium tremens aus. Aufnahme in die Klinik. Pat. erzählt, Zigeuner seien gekommen, hätten dressirte Hunde vorgeführt; alles sei verhext; man hätte sie mit Gift bespritzt etc. Sehr starker Alkoholismus, oft bis zu 50 Flaschen Bier an einem Tage.

Blasse, schlecht genährte Person, zittert am ganzen Körper. R. L. +, R. C. +, A. B. o. B. VII frei. Zunge kommt gerade, zittert lebhaft, keine Narben. Gaumen-Rachen-Reflex +. Bei Druck auf die Bulbi sieht Pat. Sterne und Häuser, mit offenen Augen sieht sie in einer Ecke des Zimmers zwei Frösche. R. d. o. E. gesteigert. Kniephänomen lebhaft, desgleichen Achs-R. Grosse Nervenstämme der unteren und oberen Extremitäten nicht druckempfindlich. Sensibilität intact. In 4 Jahren 11 Mal geschlechtskrank gewesen, vor 2 Jahren Lues. Sehr unruhig besonders gegen Abend, glaubt das Bett brenne etc. Hält die Mitkranken für Männer, animirt sie in obscöner Weise zum Coitus. Spricht ununterbrochen bis 5 h. a. m., dann ruhiger, um 7 h. a. m. plötzlich Exit. let.

Section: Hyperämie der Lungen, besonders der unteren Lappen, Ekchymosen von Pleura, Pericard, Endocard. und Kehlkopfschleimhaut. Links ausgedehnte Verwachsungen der Lungen. Ganz geringe Schrumpfung und Verdickung der Mitralis mit ein paar kleinen gerötheten Zöttchen. Geringe fettige Fleckung der Aorta. An den Tonsillen Geschwürsnarben mit Induration des umgebenden Gewebes. Leichte Verdickung der Stimmbänder. Schiefrige Bronchialdrüsen. Fettleber mit kleinen, oberflächlichen eingesunkenen Stellen. Mässige Induration der Milz. Ausgedehnte Residuen von Perimetritis mit Obliteration der Tubenenden und starkem, beiderseitigem Tubenhydrops. Links kleine Ovarialcysten. Verdickung der Uterusschleimhaut. Starkes Oedem und Hyperämie des Hirns und der Hirnhäute. Dura und Schädel o. B. Gewicht 1280. Exostose des Schädeldachs.

Mikroskopisch: Im Marklager des Grosshirns starke Degeneration, desgleichen auch in der Markstrahlung des Kleinhirns. Der Wurm des Kleinhirns ist sehr stark degenerirt, desgleichen sind ferner auch die Seitenstränge und besonders die Hinterstränge des Rückenmarks betroffen. Am

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Boden des Aquaeductes finden sich mehrere Blutungen, desgleichen einzelne kleine auch im 3. und 4. Ventrikel. Alle Gefässe zeichnen sich durch ihre dicken Wandungen aus, überall ist das Ependym unregelmässig gewuchert. Nirgends Plasmazellen oder Lymphocyten. Im übrigen waren auch in diesem Fall die Hirntheile wegen des langen Liegens in Formol für eine genaue Untersuchung zum Theil ungeeignet.

Fall VII.

Klinische Uebersicht. Hermann Dr., Kutscher, 58 Jahre. Kommt in heiterer, jovialer Stimmung zur Aufnahme, giebt geordnet Auskunft, doch Verständigung schwierig, da Patient schwer auffasst.

Gesicht geröthet, Nase blau, allgemeiner Tremor. Pupillen mittelweit, R. L. +, R. C. +, A. B. frei. Zunge weicht etwas nach rechts ab, zittert. Lunge: rechts hinten unten Dämpfung, Rasselgeräusche. Herz: Töne rein, Puls klein, regelmässig, 116. A. radial. rigide. Kniephänomen in Folge Spannens nicht zu erzielen. Urin: Alb. +. Reichlich Cylinder, vereinzelte Epithelien.

Beständig unruhig. Fasst am zweiten Tage nach der Aufnahme die Fragen nicht mehr richtig auf. Zustand unverändert, am 6. Tage Exitus.

Section: Pleuropneumonie der rechten Lunge mit Ausnahme des hyperämischen oberen Drittels des Unterlappens. Hyperämie und Oedem der linken Lunge. Residuen von Pleuritis. Trübung, fettige Degeneration und Schlaffheit des Herzens. Chronische Endarteriitis mit Verkalkung. Starke Hyperämie der Luftwege. Schwellung der Bronchialdrüsen. Trübe Schwellung der Leber. Geringe frische Milzschwellung. Fettige Degeneration der Nieren. Trübung und fettige Degeneration des Pankreas. Starke Hyperämie und Oedem des Hirns; Gewicht 1350. An der Spitze der oberen Schläfenwindung beiderseits ein rostfarbiger Erweichungsherd. An der A. basil. und Carot. int. beiderseits feste Gerinnsel (keine Thromben, lange Agone). Hirnwindungen etwas verstrichen.

Mikroskopisch: Boden und Umgebung des III. Ventrikels weisen zahlreiche kleine Blutungen auf. Desgleichen auch im Aquaed. Sylvii und seiner Umgebung zahlreiche Blutungen, theils grössere, theils kleinere. In den Radiärfasern des Grosshirns findet sich central nach Marchi ausgesprochene Schwarztüpfelung, besonders nach der Tiefe hin, sicher pathologisch. Im Wurm reichliche Schwarztüpfelung, ob aber pathologisch, nicht mit Sicherheit zu sagen. Im Rückenmark ziemlich diffuse Schwarztüpfelung, die aber im Gebiet der Pyramidenseitenstränge und der Hinterstränge besonders stark ist. In keinem Präparat waren Plasmazellen oder Lymphocyten nachzuweisen.

Fall VIII.

Klinische Uebersicht: August O., Arbeiter, 44 Jahre.

Schmerzen beim Athmen, Fieber, Frost, Unruhe. Am nächsten Tage in die Klinik. Hier sehr unruhig, sucht beständig nach Geld, sieht Kaninchen,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mäuse etc. Vor 6 Jahren war er 8 Tage im Gefängniss, damals sei bei ihm ein Delirium zum Ausbruch gekommen. Seit 22 Jahren trinkt er täglich für 1 Mark Schnaps, ausserdem ca. 2 Seidel Bier.

Cor: Grenzen verbreitert, Töne rein, 116. Pulmon.: beiderseitige Pneumonie. R. L. beiderseits nur minimal. Starker Tremor. Leber vergrössert. Urin: Spuren von Alb. Andauernd, Tag und Nacht, unruhig, immer völlig desorientirt. Am 8. Tage plötzlich Exit. let. in Folge von Herzschwäche.

Section: In beiden Unterlappen Pneumonie. Starkes Emphysem und Oedem und Hyperämie in beiden Oberlappen. Flüssiges, geronnenes Blut im Herzen. Starke indurirte Fettleber. Derbes Pankreas; grosse, frische Milzschwellung. Starke Hyperämie in Niere, Darm und Magen. Residuen von Pleuritis der linken Spitze, Schwellung der Bronchialdrüsen. Kalkinfarcte in beiden Nieren. Starke Induration der Nieren. Hirngewicht 1245. Pia über Stirn-, Central- und Parietaltheil diffus getrübt. Starker Hydrocephal. ext. Gefässe o. B.

Mikroskopisch: Die grossen Pyramidenzellen zeigen deutlich centralen Zerfall, Nissl-Körper zerstäubt, theilweise sind sie auch abgerundet, der Kern ist zum Theil randständig. Sehr viele Trabantzellen. Einzelne Zellen gut erhalten, andere, wie soeben beschrieben, verändert. Viel Pigment. An den Gefässen leichte Vermehrung der Adventitiazellen, treten deutlich hervor, reihenweise viele Gliazellen zu erkennen.

In der Radiärfaserschicht des Grosshirns mässige Degeneration, ob auch in der Tangentialschicht, ist nicht mit Sicherheit zu sagen. Auch im Wurm findet sich mässige Degeneration, desgleichen in den Seiten- und Hintersträngen. Die Vorderhornzellen enthalten viel Pigment; einzeln kleine Blutungen sind vorhanden, doch sind diese nur mit Vorsicht zu verwerthen, da sie auch von der Syringomyelie herrühren können, die sich bei der Section fand, die aber zu Lebzeiten keine Ershheinungen gemacht hatte. Plasmazellen und Lymphocyten fehlen. Im Halstheil des Rückenmarks mässiger centraler Zerfall, einzelne Blutungen. Ueberall viel Pigment.

Fall IX.

Klinische Uebersicht: Heinrich Sch., Maurer, 54 Jahre, Potator. Kann bei der Aufnahme nicht gehen, droht fortwährend hinzufallen. Zeitlich und örtlich orientirt. Kopfpercusssion im Stirnthel empfindlich. Pupillen über mittelweit, l. $>$ r., R. L. $+$, R. C. $+$, A. B. frei. Zunge kommt gerade, zittert stark. Starkes Zittern des ganzen Körpers. Tremor man.

Cor: Töne leise, Puls 108, klein. Radialis sehr rigide und geschlängelt. Lunge: im rechten Unterlappen deutliche Dämpfung, verschärftes Exspirium; starkes Emphysem. Leber: auf Druck empfindlich. Milz: nicht vergrössert. Reflexe der oberen Extremitäten normal. Kniephänomen $+$, Achs.-R. $+$. In beiden Unterschenkeln deutliche Hypalgesie. Muskulatur der unteren Extremitäten schlaff, mässig druckempfindlich. Sehr starker Schwindel. Im Urin viel Eiweiss, Cylinder. Seit einem Jahr Appetit schlecht, nie Vomitus matut.; an-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain, in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geblich noch nie Delirium. Sinnestäuschungen stellt er in Abrede, sieht aber spontan und auf Zureden Blumen verschiedenster Art am Fenster, draussen Bäume und in der Ferne Reiter. Nachts sehr unruhig, 10 h. a. m., plötzlich Collaps, 3,30 h. p. m. Exit.

Section: Eitrige Infiltration des vorderen Mediastinums bis hinauf zum Kehlkopf. Frische fibrinöse Pericarditis. Emphysem und Oedem der Lungen, rechts alte, links frische Pleuritis. Compression des linken Unterlappens. Indurirte Fettleber mit tiefer Zwerchfellfurche. Frische Schwellung der kleinen Milz. Induration der Nieren mit kleinen Narben an der Oberfläche und leichter Trübung. Indurirtes Pankreas. Zahlreiche tuberculöse Ulcera und Narben in Dünn- und Dickdarm. Enorme Miliartuberculose des Bauchfells. (Primäre Darmtuberculose!) Pia getrübt und verdickt, ödematös. Gewicht 1380.

Mikroskopisch: Die grossen Pyramidenzellen der Hirnrinde zeigen zum Theil centralen Zerfall in verschiedener Ausdehnung. Form und Randschollensaum ziemlich erhalten. Manche sind stärker verändert, abgerundet, Kern randständig. Die meisten Zellen dagegen sind besser erhalten. An einzelnen Gefässen reihenweise Anhäufung von Gliazellen und Vermehrung der Adventitiazellen. An den Gefässen Pigmentanhäufung. Die Pia ist etwas verdickt und unregelmässig, zeigt Vorsprünge. Keine Plasmazellen, keine Lymphscheideninfiltration. Hals- und Brustmark ohne wesentliche Veränderung, Lendenmark zeigt etwas centralen Zerfall, Form nicht verändert. Die Vorderhornzellen lassen keinerlei Veränderung erkennen. Ueberall im Rückenmark sieht man diffuse Schwarztüpfelung, da die Präparate aber in Formol gelegen haben, so lässt sich kein sicherer Schluss ziehen, wieweit die Befunde schon pathologisch, oder noch normal sind. Am Boden des Ventrikels sind die Gefässwände hyalin verdickt, die perivasculären Räume weit, vereinzelt sind auch Blutungen nachzuweisen. Der Wurm des Kleinhirns zeigt im Marchi-Präparat starke Schwarztüpfelung, desgleichen ist diese auch im übrigen Kleinhirn deutlich wahrnehmbar, weniger im tiefen Mark[1]).

Kommen wir nun zu einer Besprechung unserer Fälle, so müssen wir zuerst auf die nachgewiesenen Veränderungen eingehen und uns sodann die Frage vorlegen, welche Schlüsse wir aus den Befunden zu ziehen berechtigt sind.

Was zuerst die Hirnrinde anlangt, so zeigen sich die grossen Pyramidenzellen in allen Fällen, in denen sie untersucht werden konnten, durchgehend stark verändert, wie wir es ausführlich in Fall I erörtert haben, und wie es auch deutlich Fig. 1 erkennen lässt. Die Nissl-

1) Während des Druckes konnte ich noch einen Fall von Delir. tremens bei einem 33jährigen Potator beobachten, das 12 Tage währte. Tod an plötzlich eingetretener Herzinsufficienz. Mikroskopisch liessen sich auch hier sehr deutlich acute und chronische Veränderungen in Hirn und Rückenmark nachweisen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Körper sind zum Theil in Stäubchen zerfallen, die in unregelmässiger Weise über die ganze Zelle zerstreut sind (cfr. Abb. 1). Das Zellenchromatin ist geschwunden, der Kern geschrumpft. Diese Zellen sind im ganzen unregelmässiger geformt und kleiner und zeichnen sich durch eine gleichmässige, intensive Färbung aus. Structurverhältnisse sind an ihnen zum Theil garnicht mehr zu erkennen. Andere wiederum erwecken deutlich den Eindruck einer Quellung, was besonders an den hellen klar zu Tage tritt. An einzelnen Zellen sieht man ferner eine ausgesprochene Decentralisation des Kernes, der von der Mitte nach dem Rand gerückt ist. Die Form der Zellen mit einem derartigen Kern ist bald birnförmig, bald länglich oval. Die hellen Zellen sind diffus gefärbt und vergrössert in Folge der soeben erwähnten „Quellung", während die dunklen gleichmässig und intensiv den Farbstoff aufgenommen haben und eher etwas atrophisch sind. Die Protoplasma-Fortsätze kann man oft nur schwer erkennen, nur an den dunklen Zellen treten sie scharf zu Tage. Die Fortsätze selbst sind bei den hellgefärbten kurz, bei den dunklen dagegen korkzieherartig gewunden. In einzelnen Zellen findet sich nicht unbedeutende Vacuolenbildung.

An einzelnen Gefässen sind die Adventitiakerne gewuchert, was sich durch eine Vermehrung entlang der Gefässe documentirt. Plasmazellen und Lymphocyten sahen wir in keinem einzigen Falle, eine Thatsache, auf die ich später noch einmal zurückkommen werde.

Die Gliakerne sind in allen Präparaten viel zahlreicher anzutreffen, als es sonst normal der Fall ist, soweit man das überhaupt mit Bestimmtheit sagen kann, wenn — wie bei unseren Präparaten — keine specifische Gliafärbung seiner Zeit vorgenommen war. Hin und wieder ist auch Pigmentanhäufung vorhanden, bald mehr, bald weniger, aber nie in sehr hohem Maasse. Oft sieht man neben reichlichem Pigment auch geschwänzte Endothelzellen an den Gefässen.

In den Radiärfasern des Grosshirns findet sich nach Marchi starke Degeneration, etwas auch in den Querfasern, in den Tangentialfasern dagegen niemals. Desgleichen findet sich Schwarztüpfelung auch im Wurm des Kleinhirns, hier aber nicht so ausgeprägt.

Blutungen liessen sich nur spärlich nachweisen und zwar fanden sie sich besonders im Thalamus, das Ependym ist stellenweise nicht unerheblich gewuchert.

Wenden wir uns nun dem Rückenmark zu, so finden wir die Form der Vorderhornzellen im ganzen erhalten, nur bei einzelnen zeigt sich eine gewisse Abrundung und Schwellung. Die Fortsätze sind verändert, einzelne Nissl-Körper sind in Zerfall geraten. Stellenweise

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reichliches Pigment in den Vorderhornzellen. Die Hinterstränge sind zweifellos degenerirt.

Diese Veränderungen zeigt uns auch Bild 3 von Fall II und schon jetzt will ich darauf hinweisen, dass zwar beide Seiten betroffen sind, die eine aber erheblich stärker erkrankt ist; aus dem klinischen Bild lässt sich keinerlei Erklärung für diese auffallende Thatsache finden.

Um die soeben geschilderten Befunde richtig zu deuten, muss man von folgender Erwägung ausgehen:

Das Delirium tremens entwickelt sich stets auf dem Boden eines länger oder kürzer bestehenden Alkoholmissbrauches — was auch unsere 9 Fälle nebst dem Sectionsbefund sehr deutlich erkennen lassen — und daher nimmt es uns auch nicht wunder, wenn wir acute und chronische Veränderungen nebeneinander antreffen, wie es ja schon von Bonhöffer u. a. eingehend berücksichtigt ist.

Als Ausdruck der chronischen Erkrankung sehen auch wir die deutlich geschrumpften Zellen an; ihre Structurverhältnisse sind nicht genau zu erkennen, das Zellchromatin ist geschwunden, der Kern geschrumpft etc, die Fortsätze sind weithin zu verfolgen; stets auffallend dunkle Tinktion. Zu den allmählich entstandenen Veränderungen sind ferner auch unbedingt die Gliawucherung und der Faserausfall zu rechnen; derartige Erscheinungen vermissten wir, wie aus den oben bei jedem Fall einzeln aufgeführten Befunden zu ersehen ist, niemals. Sodann müssen wir hierzu auch die Pigmentanhäufung rechnen, von der man aber nicht mit Bestimmtheit sagen kann, ob sie eventuell als Rest einer früheren, acuten Schädigung aufzufassen ist. Als ätiologisches Moment muss man Blutungen dafür verantwortlich machen, die auch in einem Theil unserer Fälle (I, IV, VI, VII, VIII, IX) zu constatiren waren. Betroffen waren Thalamus, Nucleus dentatus, Aquaeductus Sylvii und die Gegend des III. und IV. Ventrikels, alles Stellen, an denen sich auch sonst relativ häufig Blutungen finden, z. B. bei der Polioencephalitis haemorrhagica sup. von Wernicke und der alkoholischen Korsakow'schen Psychose.

Im Grossen und Ganzen waren sie aber weder an Zahl, noch an Ausdehnung von wesentlicher Bedeutung, ja in einigen Fällen fehlten sie sogar vollständig. Die Frage, worauf überhaupt das Zustandekommen von Blutungen beruht, ist allerdings bis jetzt noch nicht geklärt. Es wäre einerseits möglich, dass der chronische Alkoholismus, der ja das ganze Gefässsystem in schwerster Weise in Mitleidenschaft zieht, die Ursache für Hämorrhagien ist, andererseits ist es aber auch nicht undenkbar, dass man sie analog den Blutungen bei acuten Infec-

Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

tionen und Intoxicationen, der Autointoxication, die zum Delirium tremens führt, hinzurechnen muss. Alzheimer vertritt die Ansicht, dass vielleicht die capillären Blutungen in Zusammenhang mit dem Delirium tremens stehen, während Bonhöffer sich dahin äussert, dass es noch unentschieden sei, ob die Blutung auf abnormer Durchlässigkeit der Gefässe beruhe, oder ob das toxische Agens eine capillare Blutung erzeuge, durch die dann eine Blutung zustande komme. Eine sichere Entscheidung ist, wie gesagt, bisher noch nicht möglich gewesen und wird sich überhaupt wohl nicht so schnell fällen lassen.

Niemals konnten wir Plasmazellen und Lymphocytenanhäufung nachweisen. In directem Gegensatz hierzu stehen ja die Befunde der Dementia paralytica, für die bekanntlich der Nachweis von Plasmazellen und Lymphscheideninfiltration geradezu typisch ist. Diese Thatsache ist nun aber von nicht unwesentlicher Bedeutung. Während man nämlich das Delirium tremens anatomisch von anderen Autointoxicationspsychosen nicht abzugrenzen vermag, wie wir später noch sehen werden, ist dies in Folge jeglichen Fehlens von Plasmazellen u. s. w. der Dementia paralytica gegenüber mit ziemlicher Sicherheit möglich.

Andererseits konnten wir aber auch immer die Folgen des Deliriums, also acute Veränderungen, nachweisen, die natürlich einmal mehr, einmal weniger ausgeprägt waren, ohne dass etwa das klinische Bild des Deliranten damit in innigem Zusammenhang gestanden hätte. Derartige Zellen sehen wie gequollen aus, sind abgerundet und zeigen centrale Aufhellung der Nissl-Körper. Wenn man nun so gestaltete Gebilde auch bei anderen Erkrankungen findet, so haben sie doch alle das Eine gemeinsam, dass ihnen immer eine acute Schädigung zu Grunde liegt. Wie vorhin schon angedeutet, nehmen derartige Zellen den Farbstoff nicht so gut auf als chronisch veränderte, was wir z. B. auch bei den Purkinje'schen Zellen constatiren können, die sich auch intensiv dunkel färben, sobald die Noxe längere Zeit einwirken konnte. Eine Alteration der Nissl-Körper lässt sich schon nachweisen, ehe sich eine functionelle Störung der leitenden Elemente bemerkbar macht, und deshalb vertritt man wohl auch mit Recht die Ansicht, dass die Function der Nissl-Körper mehr nutritiver, als functioneller Natur ist. Damit würde auch in Einklang stehen, dass sie zuerst erkranken — wie auch in unseren Fällen —, da ja naturgemäss Zelltheile nutritiven Charakters schädigenden Einflüssen gegenüber empfindlicher sind als solche functioneller Art.

Ist nun die Erkrankung der grossen Pyramidenzellen specifisch für ein Delirium tremens? Diese Frage muss man, wie es bisher

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch schon immer geschehen ist, unbedingt verneinen. Ist doch der Säuferwahnsinn eine Autointoxicationspsychose auf der Basis des chronischen Alkoholismus, und daher ist es auch nur natürlich, dass er ähnliche Befunde liefert wie überhaupt die Autointoxicationspsychosen, wenn sie in einen acuten Endzustand übergehen.

Ganz besonders wichtig ist der Markscheidenzerfall nach Marchi, der nicht nur das Grosshirn, sondern auch das Kleinhirn, und zwar speciell den Wurm, betraf. Dass ein derartiger Befund als Ausdruck eines acuten Processes, hier also des Delirium tremens, anzusehen ist, ist wohl absolut sicher.

Nicht unerwähnt will ich lassen, dass man auch bei Autointoxicationen auf anderer Basis Aehnliches findet, was ja nicht weiter auffällt, wenn man die Aetiologie der Erkrankungen berücksichtigt. Ein gewisser Grad der Veränderung muss allerdings immer erst erreicht sein, ehe er mittelst der Osmiumsäure nachzuweisen ist. Trifft man ihn schon nach kurz dauerndem Delirium an, so erklärt sich diese Thatsache ungezwungen dadurch, dass ja ein Delirium nicht gleich mit seinen eclatanten Erscheinungen einsetzt, sondern sich vielmehr schon durch Unruhe, ängstliche Träume u. s. w. einleitet.

Man könnte nun meinen, weil ein Theil unserer Fälle mit einer Pneumonie vergesellschaftet gewesen ist, dass auf sie die Veränderungen zurückzuführen seien. Einen derartigen Einwand darf man aber wohl von der Hand weisen, da die gleichen Befunde auch dann nachgewiesen werden konnten, wenn keine Pneumonie zum Delirum hinzugetreten war.

Bezüglich der Dauer haben wir klinisch nicht unerhebliche Unterschiede feststellen können, insofern einige Patienten bald nach ihrer Aufnahme starben, nachdem sie auch zu Hause nur kurze Zeit krank gelegen hatten, während andere wiederum mehrere, bis zu 12 Tagen, im Säuferwahn verbrachten. Das mikroskopische Ergebniss ist aber in allen Fällen ohne wesentliche Verschiedenheiten, so dass das pathologisch-anatomische Bild keineswegs in inniger Beziehung zum klinischen Verlauf steht.

Wir kommen somit zu folgendem Ergebniss: nur die Summe aller Veränderungen ist charakteristisch für Zustände in Folge einer Infection oder Intoxication. Nach den Untersuchungen beim Delirium tremens — was auch unsere Befunde bestätigen konnten —, bei Autointoxicationen und Infectionen darf man die gesetzten Veränderungen in ihrer Gesammtheit wohl mit Recht als Ausdruck einer Psychose, meist deliriöser Färbung, auf infectiöser oder toxischer Basis ansehen.

Generated on 2019-02-17 16:24 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Man muss, wenn man den klinischen Verlauf eines Falles nicht kennen würde, bei einem Befund, wie wir ihn soeben eingehend geschildert haben, event. immer an die Möglichkeit eines Delirium tremens denken, wenn man es natürlich auch nicht mit absoluter Sicherheit annehmen darf.

Allerdings muss man auch mit einer andersartigen infectiösen oder toxischen Störung rechnen, da dieselben ja anatomisch vom Delirium tremens bis jetzt nicht sicher abzugrenzen sind, wenngleich diese auch viel seltener sind.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. E. Meyer, spreche ich für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Unterstützung bei ihrer Anfertigung auch an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank aus. Ferner bin ich auch Herrn Geheimrath Siemerling zu grossem Dank verpflichtet, der mir in liebenswürdigster Weise die Krankengeschichten und die Sectionsprotokolle derjenigen Fälle, die der psychiatrischen Klinik zu Kiel entstammen, zur Verfügung gestellt hat.

Literatur.

Alzheimer, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. 1904 (in Nissl's histologischen Arbeiten).

Alzheimer, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Hirnrinde und zur anatomischen Grundlage einiger Psychosen. Monatsschr. f. Psych. und Neurolog. II.

Alzheimer, Pathol.-anat. Untersuchungen an Alkoholdeliranten. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. V.

Bonhoeffer, Die acuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker.

Bonhoeffer, Klin. und anatom. Beiträge zur Kenntniss der Alkoholdelirien. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. I.

Cramer, Patholog. Anatomie der Psychosen im Handbuch von Flatau und Jacobsohn.

Heilbronner, Rückenmarksveränderungen bei der multiplen Neuritis der Trinker. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. III.

Juliusburger und E. Meyer, Beitrag zur Pathologie der Ganglienzellen. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. III.

E. Meyer, Zur Pathologie der Ganglienzelle. Archiv f. Psych. 34.

E. Meyer, Ueber Autointoxicationspsychosen. Archiv f. Psych. 39.

Takasu, Ueber die histolog. Veränderungen der Kleinhirnrinde bei verschiedenen Nerven- und Geisteskrankheiten. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 29.

Troemner, Pathol.-anat. Befunde bei Delirium trem., nebst Bemerkungen zur Structur der Ganglienzelle. Arch. f. Psych. und Neur. 31.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erklärung der Abbildungen (Taf. VII).

Figur 1. Hirnrinde (Centralwindung). Blasse Zellen acut verändert, gequollen, Nissl-Körper in Stäubchen zerfallen, Kern der Peripherie genähert. Die tiefblauen Zellen chronisch verändert.

Figur 2. Hirnrinde (Centralwindung). Zellen in erheblichem Maasse acut verändert, starke Gliakernvermehrung.

Figur 3a und b. Rückenmark. — Die Vorderhornzellen der rechten und linken Seite sind verschieden stark in Mitleidenschaft gezogen.

Figur 4. Wurm des Kleinhirns. Frischer Markscheidenzerfall nach Marchi (Schwarztüpfelung).

Eingesandt im September 1906.

Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XVIII.

Aus der Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskrankheiten zu Halle a. S. (Prof. Anton).

Die diagnostische Verwerthung der Schallleitungsveränderungen des Schädels bei intra- und extracraniellen Herderkrankungen[1]).

Von

Dr. **Ed. Phleps,**
Assistenzarzt der Klinik.

(Hierzu 2 Abbildungen im Text.)

Einleitung.

Unser Bestreben nach einer möglichst genauen Bestimmung des Sitzes von Erkrankungen im Gebiete des Schädels und seines Inhaltes ist, abgesehen von allgemeinem diagnostischen Interesse seit der Möglichkeit ausgedehnter chirurgischer Eingriffe im Schädel- und Hirnbereich und seit der ersten Operation eines Hirntumors ein ganz eminentes, und gerade die Möglichkeit einer operativen Therapie erfordert in jedem einzelnen Falle eine möglichst exacte und umfassende Diagnosenstellung vor der Ausführung des operativen Eingriffes selbst.

Wenn auch seit den grossen Fortschritten unserer hirnlocalisatorischen Kenntnisse die Ausfalls- und Reizerscheinungen von Seiten des Gehirns bei der Diagnose von Erkrankungen desselben im Vordergrunde bleiben müssen, so können doch aus verschiedenen Gründen andere Untersuchungsmethoden nicht entbehrt werden. Die Ursache dafür liegt einerseits in der ungenügenden Zuverlässigkeit dieser Symptome, wenn sie allein berücksichtigt werden, und andererseits darin, dass die Diagnose nach Möglichkeit nicht nur bezüglich des Sitzes der pathologischen

1) Nach einem Vortrage auf der XXXI. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden 1906.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Veränderungen im Gehirne selbst, sondern auch in Bezug auf die Umhüllungen desselben (Meningen, Dura, knöchernes Schädeldach etc.) gestellt werden muss. Aus diesem Grunde sind von jeher auch andere Untersuchungsmethoden von allen Seiten berücksichtigt und ihre Werthigkeit betont worden. Ich will hier zunächst nur die Anwendung der Percussion erwähnen. Es giebt keinen Neurologen und keinen Chirurgen, der sie bei Erkrankungen des Schädels und seines Inhaltes in geeigneten Fällen ausser Acht lässt. Ihre Anwendung ist darin begründet, dass der Percussionston des Schädels von dem Zustande der Schädelhüllen und seines Inhaltes abhängig ist. Die Consistenz, die Spannung und die Masse des Schädelinhaltes und vor Allem sein Verhalten zu den Umhüllungen variiren in ihrer Gesammtheit den Charakter des Percussionstones, so dass er im Allgemeinen über dem Schädel eines Neugeborenen anders klingt, als über dem kindlichen Schädel in späterem Alter und dieser wieder anders, als beim Erwachsenen oder beim Greise. Auch locale Veränderungen in den Beziehungen von Schädelinhalt zu seinen Hüllen einerseits, sowie gewisse umschriebene pathologische Veränderungen der Hüllen selbst finden u. a. ihren Ausdruck in einer Veränderung des Percussionstones. Es ist bekannt, dass man gelegentlich bei verschiedenen Erkrankungen an engumschriebenen Stellen für die Diagnose sehr gut verwerthbare Veränderungen des Percussionstones erhält Dass auch die Ausdehnung und der Spannungszustand in den Ventrikeln den Percussionston verändert, ist gleichfalls bekannt. Unter Anderen geht Macewen in seinem Buche „Die infectiös-eitrigen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks" näher auf die Veränderung des Percussionsschalles der übermässig erweiterten Seitenventrikel ein und findet, dass der Ton durch Erweiterung und Spannung der Ventrikel an Resonanz und Helligkeit bedeutend zunimmt. Vor Allem sind es pathologische Veränderungen an der Hirnoberfläche, an den Meningen und am Schädel selbst, welche mittelst der Percussion aufgedeckt werden können, während Veränderungen in der Tiefe meist geringere Veränderung des Percussionstones hervorrufen.

Auch Gille de la Tourette und Chipault[1]) kommen zu demselben Ergebnisse. Was die Art der Percussion betrifft, so ist bekannt, dass sie auch mit der Auscultation combinirt werden kann, und zwar derart, dass man die Resonanz des Percussionstones dicht neben dem percutirenden Finger auscultiren kann, oder an entfernteren Stellen die Veränderungen des Percussionstones zu beurtheilen sucht. Bei allen

1) De la percussion méthodique du crâne, contribution au diagnostic crânio-encéphalique. Progr. méd. No. 13.

Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

diesen Methoden ergiebt sich, dass nur selten engumschriebene Stellen ausfindig gemacht werden, die eine besonders prägnante Localisation erlauben, sondern dass die Veränderung meist auf ein grösseres Gebiet ausgebreitet ist.

Eine andere verwandte Methode der Untersuchung auf Resonanz und Schallleitungsfähigkeit des Schädels besteht darin, dass der Schädel durch das Aufsetzen einer tönenden Stimmgabel in Schwingung versetzt wird, und nun der fortgeleitete Stimmgabelton an verschiedenen Stellen des Schädels geprüft wird. Diese Methode ist es, welche ich an einer Reihe verschiedener Erkrankungen des Schädels und seines Inhaltes untersucht habe. Die Ergebnisse meiner Untersuchungen und vor Allem ihr diagnostischer Werth erscheinen mir gross genug, um auch Andere dafür zu interessiren und dadurch ein rascheres Fortschreiten unserer Kenntnisse in dieser Richtung anzubahnen. Die Anregung zu dieser Untersuchungsmethode gab mir ein interessanter Befund bei einem Kranken, der die allgemeinen Symptome eines Hirntumors bot, ohne dass irgend welche Localzeichen in Form von Reiz- oder Ausfallsymptomen nachweisbar waren. Es war dies folgender: Beim Aufsetzen der Stimmgabel auf die Scheitelhöhe gab Patient stets an, dieselbe nach der linken Seite besser zu hören, obgleich nicht die geringste krankhafte Veränderung an den Ohren nachweisbar war und alle sonstigen speciellen Ohrprüfungsmethoden dafür sprachen, dass auf beiden Ohren gleich gut gehört wurde. Es handelte sich um einen intelligenten Kranken, dessen Angaben nicht bezweifelt werden konnten. Der allgemeine klinische Befund sprach per exclusionem dafür, dass als Sitz des Tumors die rechte Stirngegend oder der rechte Schläfelappen — wahrscheinlicher letzterer — in Betracht komme. Der Percussionston war auf der rechten Seite verkürzt. Ich kam bei dieser Thatsache zu dem Schlusse, dass im Gebiete der rechten Schädelseite ein Schallleitungshinderniss sein müsse, welches die Schallintensität auf ihrem Wege von der Scheitelhöhe bis zum rechten Labyrinth verminderte. Die nächste Ueberlegung war folgende: Wenn das Schallleitungshinderniss ein rein physikalisches ist, so muss es auch für eine objective Untersuchungsmethode, d. h. also auch für das Ohr des Untersuchenden zum Ausdrucke kommen, wenn er in der Nähe des Labyrinthes, also in der Gegend des Warzenfortsatzes oder des äusseren Gehörganges des Kranken auscultirt und zwischen rechts und links vergleicht. Ich ging deshalb daran, diese Controllversuche auszuführen, und zwar in möglichst ähnlicher Anordnung, wie sie bei dem Patienten selbst bestand. Um Fehlerquellen zu vermeiden, dachte ich gleich anfangs daran, mit beiden Ohren zu auscultiren und zur Uebertragung des Tones ein amerikanisches Stethoskop

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit einer derartigen Modification zu verwenden, dass der Ton von beiden Schädelseiten des Kranken durch Kautschukschläuche zugeführt würde, welche durch ein geeignetes Zwischenstück derart mit dem Bogen des binotischen Stethoskopes verbunden wurden, dass die Schallwellen immer gleichmässig nach beiden Ohren des Auscultirenden gelangten. Die Stimgabel wollte ich, wie beim Weber'schen Versuche, auf die Scheitelhöhe stellen.

Während der Anfertigung des nöthigen Apparates, die sich aus verschiedenen Gründen in die Länge zog, überzeugte ich mich beim Suchen nach ähnlichen Untersuchungsmethoden in der Literatur, dass dieselbe Fragestellung schon von anderer Seite erfolgt war, und dass auch schon vergleichbare Untersuchungsergebnisse vorlagen. Allerdings war die Untersuchungsordnung im Einzelnen etwas anders, als die von mir geplante. Ich hatte später zu meinem grossen Bedauern keine Gelegenheit mehr, den erwähnten Kranken weiter zu untersuchen, da er nur als poliklinischer Patient zur Untersuchung kam und wegen der Entfernung seines Wohnortes ausblieb.

Bevor ich auf die practische Anwendung der Schallleitungsunteruntersuchungen am Schädel eingehe, scheint es mir zunächst nöthig, auf die Gesetze der Fortpflanzung des Schalles am normalen Schädel einzugehen, und zwar an der Hand der von verschiedenen Autoren mitgetheilten Untersuchungsergebnisse, sowie nach einigen Controllunteruntersuchungen, die ich selbst gemacht habe.

I. Allgemeines über die Schallleitung im Schädel.

Die physikalischen Verhältnisse am Schädel sind so complicirte, dass sie in ihren Einzelheiten kaum jemals klar gelegt werden können; es genügt, wenn wir uns zunächst die absolute Verschiedenheit der Medien vergegenwärtigen, welche beim Aufbau dieses, physikalisch genommen, höchst verschiedenartigen Körpers in Betracht kommen. Die Haut, die Muskelschicht, das Periost, der Knochen, die Dura, kurz alle Schichten stellen an sich ganz eigenartige Körper dar und bilden in ihrer Gesammtheit wieder das einheitliche Object für unsere in Frage stehenden Untersuchungen. Alle Schichten mit Einschluss der Variabilität der Ventrikel können durch Veränderung in ihrer Dicke, ihrer Durchfeuchtung, ihrer Spannung u. s. w. die Schallleitungsfähigkeit des Schädels oder einzelner Partien desselben sehr wesentlich beeinflussen.

Lucae[1]) sagt in einer Mittheilung über Stimmgabeluntersuchungen

1) Kritisches und Neues über Stimmgabeluntersuchungen. Archiv für Ohrenheilkunde. Bd. 23.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu otiatrischen Zwecken: „Theoretisch handelt es sich hier um ein äusserst unsicheres Terrain, dem man auch durch physiologische Experimente nur schwer beikommen kann". Er verspricht sich jedoch von der sorgfältigen klinischen Beobachtung mit nachfolgender Obduction und deren einfacher empirischer Verwerthung manche Aufklärung.

Es ist naheliegend, dass es vor allem Otiater und dann Physiologen waren, welche die Fortpflanzungsrichtung des Schalles im Schädel und die Betheiligung der verschiedenen Schichten an derselben untersuchten. Vierordt[1]) zog in seiner umfangreichen Abhandlung über das Schallleitungsvermögen der Körper auch die verschiedenen anatomischen Gewebsarten (Knochen, Muskeln etc.) in das Gebiet seiner Experimente und denkt auch, was den Schädel im besonderen betrifft, an eine auscultatorische Untersuchung desselben zu diagnostischen Zwecken, ohne jedoch weiter auf diese Frage einzugehen. Kessel[2]) bemühte sich, auf experimentellem Wege die Fortpflanzungsrichtung des Schalles im Schädel zu untersuchen und stellte, soweit mir bekannt ist, als Erster fest, dass der Ton einer auf den Schädel aufgesetzten Stimmgabel an einer Stelle, welche der Stimmgabel diametral gegenüberliegt, am lautesten gehört wird. Bei der Untersuchung der Leitungsfähigkeit verschiedener Gewebsarten, die er an einzelnen Stücken von Knochen, Muskeln u. s. w. anstellte, kommt er zu dem Schlusse, dass das Gehirn als schlechter Leiter bei der Schallübertragung im Schädel selbst keinen wesentlichen Antheil hat. Zu demselben Ergebnisse wie Kessel kommt bezüglich der Fortpflanzungsrichtung von Tönen im Schädel mit einer anderen Untersuchungsmethode Schaefer[3]). Er erklärt daraus, dass der Stimmgabelton beim Aufsetzen auf die Gegend des äusseren Gehörganges oder benachbarter Stellen stets in dem Gebiete des anderen Ohres am deutlichsten gehört wird, sowie aus der Thatsache, dass auch Schallwellen, welche durch die Luft den Schädel treffen, am besten zum gegenüberliegenden Ohre geleitet werden, die Möglichkeit, dass auch für das Hören leiser Töne die intracranielle Knochenleitung von grosser Bedeutung ist. Auch Mader[4]) untersuchte vor allem die Schallleitung der Schädelknochen in Bezug auf das Ohr und dessen Lage im Schädel

1) Die Schall- und Tonstärke und das Schallleitungsvermögen der Körper. 1885.

2) Archiv für Ohrenheilkunde. Bd. 18. Ueber die Verschiedenheiten der Intensität eines linear erregten Schalles.

3) Versuch über die intracranielle Leitung leisester Töne von Ohr zu Ohr. Zeitschr. f. Psychol. und Phys. Bd. II und Arch. f. Ohrenheilkunde. Bd. 52.

4) Sitzungsbericht der Kais. Akad. d. Wiss. in Wien. Math. naturw. Klasse 109. III. Abt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und kommt bei sehr exacten Untersuchungen mittelst eines Mikrophons im wesentlichen zu denselben Ergebnissen über die Fortpflanzungsrichtung von Tönen im Schädel, wie die früher erwähnten Autoren. Er stellte auch einige Versuche an frischen Röhrenknochen an, und fand, dass die Compacta im Allgemeinen besser leitet, als die Spongiosa. Aus allen seinen Tabellen zieht er den Schluss, „dass die dem Knochen durch Schallwellen mitgetheilten lebendigen Kräfte an verschiedenen Punkten verschieden zur Geltung kommen, so zwar, dass der massgebende Einfluss der Structur unverkennbar und die Kraftübertragung um so bedeutender, je compacter die Knochenmasse gebaut ist". Mit derselben exacten Methode, wie Mader, controllirte v. Frey[1]) die Ergebnisse dieses und kam bezüglich der Fortpflanzung von Tönen im Knochen zu etwas abweichenden Ergebnissen. Er findet, dass die Spongiosa da, wo sie relativ mächtig ist, dagegen die Corticalis schon dünn, bedeutend mehr Schallenergie abgiebt als letztere. Das wesentliche Moment für die Schallleitungsfähigkeit eines Knochens ist nach seinen Ergebnissen die mehr oder minder grosse Dichte in der Aneinanderlagerung seiner Theilchen. Dieser Schluss gilt sowohl für den macerirten als für den frischen Knochen. Die Thatsache, dass der Ton von dem einen Felsenbein am deutlichsten am gegenüberliegenden gehört wird, erklärt er daraus, dass die Leitung durch die basalen Knochen offenbar eine bessere ist, als der weitere Weg über das Dach des Craniums, und lehnt die Annahme ab, dass es vielleicht zu einer Concentrirung der Schallwellen in der Umgebung des gegenüberliegenden Gehörganges kommt, nachdem sie sich in der Richtung der verschiedenen Radien über das Cranium fortgepflanzt haben. Seine Resultate gelten sowohl für den macerirten, als für den mit Weichtheilen bedeckten und mit seinem normalen Inhalte gefüllten Schädel des Cadavers. In der zweiten erwähnten Arbeit machte er mit derselben exacten Versuchsanordnung auch Untersuchungen über die Ausbreitung der Tonwellen, die den Schädel von anderer Richtung als von der Gegend eines Ohres her treffen, und fand dasselbe, was die Vorgänger fanden, dass der Ton eben an der gegenüberliegenden Stelle des Schädels immer am lautesten wieder zu hören ist. Im Jahre 1903 beschäftigte sich Ivanoff[2]) wieder sehr eingehend unter Berücksichtigung seiner Vorgänger mit der Fortpflanzungsrichtung des Schalles im Schädel und erweiterte die Versuche auf eine Controlle über die Leitungsfähigkeit der einzelnen

1) Zeitschr. für Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane. Bd. 28 u. Bd. 33.

2) Ein Beitrag zur Lehre über die Knochenleitung. Zeitschr. f. Psychol. und Physiol. der Sinnesorgane. Bd. 31. 1903. S. 266.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schichten der Schädeldecke und des Gehirnes selbst und zwar, ohne die Schichten aus ihrem natürlichen Verbande zu lösen. Seine Ergebnisse sind für unsere Fragen von besonderem Interesse und erfordern zum Theile eingehende Kritik, deshalb sollen folgende Sätze aus seiner Arbeit wörtlich wiedergegeben werden: „1. Die Stimmgabel steht auf der Haut des rechten Schläfenbeins, des Otoskop auf der Haut des linken Schläfenbeins. Der durchgeleitete Ton ist 25 Secunden hörbar. 2. Die Stimmgabel steht auf dem Knochen des rechten Schläfenbeins, das Otoskop auf der Haut des linken Schläfenbeins, der Ton ist 30 Secunden hörbar, stärker. 3. Die Stimmgabel steht auf dem Knochen des rechten Schläfenbeins, das Otoskop auf dem Knochen des linken Schläfenbeins. Der Ton ist 35 Secunden hörbar, noch stärker. 4. Die Stimmgabel steht auf dem Knochen des rechten Schläfenbeins, das Otoskop auf der harten Hirnhaut in der Gegend des linken Schläfenbeins. Der Ton ist 20 Secunden hörbar, schwach. 5. Die Stimmgabel steht auf der harten Hirnhaut des linken Schläfenbeins, das Otoskop auf dem Knochen des rechten Schläfenbeins, der Ton ist 10 Secunden hörbar, schwächer. 6. Die Stimmgabel steht auf der harten Hirnhaut in der Gegend des rechten Schläfenbeins und das Otoskop auf der harten Hirnhaut in der Gegend des linken Schläfenbeins; der Ton ist 50 Secunden hörbar, sehr stark. 7. Die Stimmgabel steht auf dem Knochen des rechten Schläfenbeins, das Otoskop auf der Hirnsubstanz in der Gegend des linken Schläfenbeins. Der Ton ist sehr schwach hörbar. 8. Die Stimmgabel steht auf der Gehirnsubstanz des rechten Schläfenbeins und das Otoskop auf der Hirnsubstanz in der Gegend des linken Schläfenbeins. Es ist nur ein schwaches Getöse hörbar". Ein Vergleich der Tonstärke bei der Leitung durch den macerirten Schädel mit der Tonstärke bei dem Durchgang durch die Hirnhaut am frischen Schädel mit normalem Inhalte ergiebt im letzteren Falle einen lauteren Ton, es übertrifft also die Schallleitung durch die harte Hirnhaut diejenige des Knochens. Aus seiner Beobachtung schliesst er, so wie Kessel, dass die Hirnsubstanz für die Schallleitungsbedingungen am Schädel von sehr untergeordneter Bedeutung ist. Zum besseren Verständniss der Resultate Ivanoff's, sowie zur Kritik derselben muss noch erwähnt werden, dass er derartig vorging, dass er eine nach Möglichkeit stets gleich angeschlagene Stimmgabel aufsetzte, und, wie aus den citirten Sätzen hervorgeht, an der gegenüberliegenden Stelle mittelst eines Otoskops auscultirte. Um die verschiedenen Schichten in ihrer Beteiligung an der Schallleitung zu prüfen, machte er runde Ausschnitte aus den weichen Schädeldecken, dann später aus dem Knochen und aus der Dura.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

So interessant die Ergebnisse Ivanoff's sind, scheinen sie mir doch nicht einwandsfrei, denn einerseits widersprechen sie dem von Vierordt aufgestellten Gesetze über die Schallleitungsfähigkeit verschiedener Gewebsarten, indem die Dura als weiche, bindegewebige Substanz besser leitend gefunden wird als der Knochen, und dann scheinen mir die Resultate in den Fällen 4, 5, 7 und 8 auch aus dem Grunde zweifelhaft, weil bei diesen Versuchsanordnungen sich besonders leicht Fehler in der Ausführung einschleichen können und Ivanoff nichts davon erwähnt, dass er die naheliegenden Fehlerquellen berücksichtigt oder vermieden hat. Sie liegen vor allem sehr leicht in der Verschiedenheit des Druckes, der mit der aufgesetzten Stimmgabel oder mit dem percipirenden Otoskop auf die Unterlage ausgeübt wird. Wer sich mehrfach mit der Prüfung von Tonstärken, welche von festen Körpern aus dem Ohre direct zugeführt werden, beschäftigt hat, wird schon nach einer kleinen Versuchreihe die Erfahrung gemacht haben, dass unter gleichen Versuchsbedingungen die Intensität der Tonwahrnehmung sehr wesentlich davon abhängt, ob er das Otoskop schwächer oder stärker dem zu prüfenden Material aufdrückt. Wenden wir nun diese Erfahrung auf die gegebene Versuchsanordnung an, so ist die Annahme sehr naheliegend, dass bei einer Application des Stethoskopes auf das Gehirn der ausgeübte Druck ein viel geringerer war, als bei der auf den äusseren Schädel oder auf den Knochen. Dasselbe gilt bei der Auscultation der Dura, während die Stimmgabel auf den Knochen aufgesetzt war und umgekehrt. Durch derartigen schwächeren Druck der Stimmgabel einerseits oder in dem anderen Falle des Otoscops auf die Dura, kann eine Abnahme der Tonstärke zu Stande kommen, die durchaus nicht in der allgemeinen physikalischen Beschaffenheit der Leitungsfähigkeit in den Medien, sondern nur in der geringen Energieabgabe an das Otoskop in Folge der geringeren Pression desselben, als bei den früheren Versuchen, ihre Ursache hat. Es müsste nach dieser Ueberlegung bei der Durchführung der Versuche ein einheitlich starker, genau bestimmter Druck gewählt werden, der sich im gegebenen Falle in seiner Intensität nach dem Spannungszustande und der Festigkeit derjenigen Gewebsart zu richten hat, welche den geringsten Druck verträgt, ohne zerstört zu werden, also nach der Hirnsubstanz als dem am wenigsten resistenten Material. Bei der Prüfung der Leitungsfähigkeit des Gehirnes selbst, nach localer Entfernung der Dura kommt jedoch noch ein wesentlicher Factor in Frage. Es ist dies die Veränderung der Spannung; letztere ist in der zu prüfenden Masse beim Aufsetzen auf die intacte Dura weit grösser als über dem von der Dura entblössten Gehirne; die Dura giebt als gespannte Membran auf dem Wege der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Resonanz grössere Schallmengen ab. Bei dem Versuche 6 Ivanoff's: Stimmgabel auf der harten Hirnhaut und Otoskop gleichfalls auf der Hirnhaut an der gegenüberliegenden Stelle der Schläfegegend kommt offenbar nicht nur die Fortpflanzung des Schalles in der Dura als solcher in Frage, sondern in der Dura plus ihrem Inhalt, d. i. also plus Gehirn und Ventrikelflüssigkeit, die nicht nur einen Inhalt, sondern gleichzeitig eine Masse darstellen, welche die Dura in einem gewissen Spannungszustand erhält. Und gerade dieser Factor ist es, den Ivanoff unberücksichtigt gelassen hat. Es ist physikalisch nicht gut verständlich, dass die Dura an sich, ohne Berücksichtigung der Spannung, ein so viel besseres Schallleitungsvermögen haben soll, als ihr sehr flüssigkeitsreicher Inhalt. Wenn also Ivanoff bei dem genannten Versuche die beste Schallleitungsfähigkeit gefunden hat, so beweist dies nnr die Thatsache, dass die mit ihrem flüssigkeitsreichen Inhalte erfüllte Dura einen sehr wesentlichen Antheil an der Fortpflanzung der Schallwellen im Schädel hat. Diese Thatsache können wir zur Erklärung pathologischer Verhältnisse, wie ich später in der Mittheilung von Befunden an Lebenden beweisen kann, wiederholt verwerthen, indem wir überall da, wo eine stärkere Verdünnung im Schädelknochen oder ein vollkommener Defect derselben besteht, oder auch nur da, wo eine Adhäsion der Dura mit dem Knochen an umschriebener Stelle zu Stande gekommen ist, eine wesentliche Verbesserung der Schallleituug finden. Wenn nun Ivanoff die früher erwähnte Vorsicht, in dem Druck von Stimmgabel und Stethoskop stets die gleiche Intensität zu behalten, ausser Acht gelassen hat, und er, wie es eben wahrscheinlich ist, bei dem Versuch an der Dura einen geringeren Druck ausgeübt hat, so spricht das nur doppelt für meine Annahme, indem er bei der Anwendung eines constanten Druckes bei der Fortpflanzung des Tones durch die gefüllte Dura (Beobachtungsreihe No. 6) wahrscheinlich einen noch viel grösseren Unterschied der Leitungsstärke im Vergleich zur Leitung durch den knöchernen Schädel gefunden hätte.

Diese Arbeiten zeigen, wie schwierig es ist, den Schallleitungsbedingungen des Schädels bei der Auffassung desselben als physikalischer Körper nahezukommen. Ivanoff suchte nach Analogien für die Fortpflanzungsrichtung im Schädel in der Untersuchung von ähnlich gestalteten Körpern aus anderem Material. Zu diesem Zwecke fertigte er sich massive, sowie hohle, kugelig gestaltete Körper verschiedenen Materials an und untersuchte die Fortpflanzungsrichtung des Schalles in denselben. Das Ergebniss war, dass so wie am Schädel, auch bei diesen Körpern der Ton immer an der Stelle am lautesten gehört wurde, welche der Ansatzstelle der Stimmgabel diametral gegenüber lag. In der Mitte

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zwischen diesen beiden Punkten wurde der Ton am schwächsten gehört. Es ist also als eine physikalische Gesetzmässigkeit allgemeiner Art anzusehen, dass sich am Schädel dieselben Bedingungen finden.

Für unseren Zweck haben diese Untersuchungsergebnisse zunächst den theoretischen Werth, dass sie eine sehr wichtige Voraussetzung für die practische Anwendbarkeit unserer Untersuchungsmethode bestätigen, nämlich die, dass die Fortpflanzungsrichtung des Schalles im Schädel bestimmten Gesetzen folgt, dass sich die verschiedenen Schichten des Schädels in der Leitungsfähigkeit des Schalles gesetzmässig verschieden verhalten und schliesslich, dass die Tonintensität am Schädel in normalen Verhältnissen, ebenso wie an einem anderen eliptisch oder kugelig gebauten Körper an zwei symmetrischen, von der Schallquelle gleich weit entfernten, Punkten immer gleich stark ist. Die specielle Form des Schädels (ob dolichocephal oder brachycephal) ist vollkommen gleichgültig, vorausgesetzt, dass nicht gröbere Asymmetrien vorliegen.

Zum Vergleiche von pathologischen Veränderungen, wie sie klinisch zur Beobachtung kommen, versuchte ich durch das Experiment an der Leiche einige analoge physikalische Veränderungen hervorzurufen und kann darüber folgendes berichten: In einem Falle, wo kein Anhaltspunkt für eine gröbere Veränderung am Schädel und seinem Innern vorlag, untersuchte ich zunächst in schwebender Lage des Schädels (derselbe wurde durch eine dünne Schnur in entsprechender Lage, tief unten am Hinterhaupt, schwebend erhalten) die Schallleitungsverhältnisse. Die Leiche befand sich über 12 Stunden in Rückenlage. Es ergab sich, dass der Percussionston in Rückenlage an der rechten Schädelseite mässig sonorer war, als links und zwar besonders im vorderen Antheil, während im hinteren Schädelgebiete kein nennenwerter Unterschied bestand. Der Percussionston war nirgends an umschriebener Stelle auffällig verändert. Der fortgeleitete Stimmgabelton war gleichfalls rechts etwas lauter als links und zwar auch hier so, wie bei der Percussion vorwiegend im vorderen Schädelantheil, während die Differenz nach hinten zu allmählich abnahm und schliesslich vollkommen verschwand. Nach Wendung der Leiche in Bauchlage setzte ich nun in der Medianlinie des Hinterhauptes nahe dem Foramen magnum eine Trepanationsöffnung, ohne die Dura zu verletzen. Die Auscultation des Schädels nach dieser Operation ergab keinen nennenswerten Unterschied im Vergleich zu früher. Es wurde nun die Dura über der rechten Kleinhirnhemisphäre abgelöst und ein ca. 4 mm dickes, $3^1/_2$ cm langes und gegen 2 cm breites Stückchen Blei zwischen knöchernes Schädeldach und Dura vorgeschoben. Das Auscultationsergebnis blieb so wie vor der Einführung des Fremdkörpers, also unverändert. Ich legte nun

Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

eine zweite Trepanationsöffnung wieder in der Medianlinie etwas oberhalb der Eminentia occipitalis superior an und führte nach Ablösung der Dura nach derselben Seite hin, in die Gegend des unteren Parietalhirns ein gleiches Stückchen Blei zwischen Dura und Cranium ein. Auch jetzt fand man nirgends an umschriebener Stelle eine Aenderung der Tonstärke oder des Percussionsschalles.

Nun wurde an der unteren Trepanationsöffnung die Dura entfernt und unter beträchtlichem Drucke der Wasserleitung durch ein siebartiges Ansatzstück des Wasserschlauches Wasser in den Subduralraum eingelassen; dabei spannte sich in dem zweiten Trepanationsloch die Dura unter deutlicher Vorwölbung. Während dieses starken intracraniellen Druckes wurde der Schädel wieder untersucht. Es ergab sich nun, dass der Percussionston in der rechten Parietalregion weniger in der Occipitalgegend verkürzt war. Bei der Auscultation fand sich gleichfalls in der Parietalregion eine umschriebene Stelle deutlicher Verkürzung der Schallleitung. Die Stelle der Verkürzung wurde an der äusseren Haut markirt und an dieser Stelle mit einem kleinen Trepanbohrer durch Haut und Knochen eine Oeffnung gemacht. Bei dem Einführen einer kleinen Sonde durch das Trepanationsloch gelangte man an den oberen Rand des an dieser Stelle sitzenden Bleistücks. Ueber dem Kleinhirn war die Differenz an umschriebener Stelle nicht deutlich vorhanden, und es konnte die Lage des eingeführten Fremdkörpers durch die Auscultation nicht festgestellt werden.

Dieser Versuch ergiebt also, dass ein Fremdkörper zwischen Cranium und Dura einer Leiche eingeführt, keine Veränderung der physikalischen Verhältnisse bezüglich Auscultation und Percussion bewirkte, dass er sich jedoch bei gleichzeitiger Erhöhung des intracraniellen Druckes sowohl für die Percussion als für die Auscultation geltend machte. Und zwar gilt dies für den Nachweis eines Fremdkörpers in der unteren Parietalregion an einer Stelle, wo die Schädelknochen keine bedeutende Dicke haben. Während ein weiterer Fremdkörper, der sich über dem Kleinhirn an der lateralen Seite desselben befand, unter den gleichen Bedingungen keine Veränderungen der Auscultationsverhältnisse bewirkte. Es kommt hier vielleicht die Dicke des Knochens, die beträchtlichere Schicht von Weichtheilen, sowie die geringere Entfernung von der Medianlinie zur Erklärung des Ausfalles von Erscheinungen in Frage.

Am nächsten Tage setzte ich die Versuche zum Zwecke der Controlle von Ivanoff's Beobachtungen fort. Vor irgend welchen Eingriffen wurde der Schädel wieder genau auf seine Schallleitungsverhältnisse untersucht, der Ton war links über der Hinterhauptgegend deutlich lauter als rechts; je mehr man nach der frontalen Mitte des Schädels

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gelangte, desto geringer wurde der Unterschied und war schliesslich in den vorderen Schädelpartien nicht mehr nachzuweisen. Die Leiche befand sich seit dem Vorabend in Bauchlage. Ueber dem rechten Kleinhirn und über dem Parietalhirn war am Nachmittag vorher die Dura abgelöst und die genannten Fremdkörper eingeführt worden. Die am zweiten Tage constatirte Schallverkürzung kann, wie aus den ersten Versuchen hervorgeht, nicht auf die Fremdkörper bezogen werden, sondern dürfte aller Wahrscheinlichkeit nach ihre Erklärung aus der Einwirkung der Gravitationskraft auf den Schädelinhalt im Laufe der vergangenen Nacht finden, die bei der langen Bauchlage zu einer weiteren Entfernung der losgelösten Dura und des Gehirns vom Cranium im hinteren rechten Schädelabschnitte führte. Von der Trepanationsöffnung aus konnte man sich in der That von dem Bestehen eines klaffenden Spaltes in der genannten Region überzeugen, der am Vortage, als der Versuch mit den Fremdkörpern gemacht wurde, nicht bestand.

Um zu untersuchen, in welchem Maasse die verschiedenen Schichten des Schädels die Schallleitung beeinflussen, machte ich an zwei genau symmetrischen Stellen der Temporalgegend zwei Trepanationsöffnungen, indem ich Schichte für Schichte abtrug und jedes Mal vorher und nachher die Schallleitung prüfte. Die Stimmgabel wurde in der Scheitelgegend genau in der Medianlinie aufgesetzt. Es fand sich Folgendes: Bei der Auscultation des unverletzten Schädels war der Ton links eine Spur lauter als rechts. Nach Entfernung der Haut rechterseits unter Erhaltung des Periostes und Auscultation: links über der Haut, rechts über dem Perioste ergab sich keine nennenswerthe Differenz im Vergleich zur früheren Untersuchung. Nachdem die Haut auch an der linken Seite entfernt und beiderseits über dem Periost auscultirt wurde, blieben die Schallintensitäten gleichfalls ohne wesentliche Veränderung. Es ist also auffällig, dass die Haut, wenigstens an der Leiche, einen ganz minimalen Einfluss auf die Schallleitung bei der gegebenen Anordnung der Auscultation ausübt. Nach einer kleinen Trepanationsöffnung an der rechten Schädelseite, wurde rechts über der Dura, links über dem Periost auscultirt. Der Ton war nun rechts ganz bedeutend lauter als links. Nun wurde auch links der Knochen entfernt und beiderseits auf der Dura auscultirt; der Ton wurde beiderseits wesentlich lauter als bei den früheren Auscultationen überhaupt gehört, doch bestand, so wie Anfangs über dem intacten Schädel, ein minimaler Unterschied zu Gunsten der linken Seite. Nach der Entfernung der Dura rechterseits und Auscultation: links über der Dura, rechts über dem Hirn selbst ergab sich kein Unterschied im Vergleich zur Auscultation über der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

intacten Dura, vielleicht links eine Spur lauter als rechts. Der Ton war, so wie bei der vorigen Untersuchung, sehr laut. Schliesslich wurde nun auch über der linken Seite die Dura entfernt und beiderseits über dem Gehirne auscultirt. Der Ton war beiderseits annähernd gleich laut, es konnte wenigstens kein sicherer Unterschied gefunden werden, Die Tonintensität ist im Allgemeinen so, wie bei den zwei letzten Bedingungen, also sehr laut.

Zum Vergleiche von Ivanoff's Resultat prüfte ich unter derselben Versuchsanordnung wie er die Schallleitung, quer durch den Schädel und fand, wenn die Stimmgabel auf die Haut gesetzt wurde, das Otoskop gleichfalls auf der Haut sass, zunächst einen mässig lauten Ton, bei Auscultation am Knochen wurde der Ton lauter, sehr laut, wenn über dem Gehirn auscultirt wurde. Bei Position der Stimmgabel auf den Knochen und Auscultation auf der Haut war der Ton etwas leiser als bei der ersten Stellung der Stimmgabel, über dem Knochen deutlich laut und wieder viel lauter, wenn er über dem Gehirne direct auscultirt wurde. Wenn die Stimmgabel auf das Gehirn selbst gesetzt wurde, hörte man über der Haut einen sehr schwachen Ton, über dem Knochen und über dem Gehirne selbst einen gleich starken leisen Ton. Bei der ganzen Versuchsanordnung berücksichtigte ich die Druckfestigkeit des Gehirnes zur Bestimmung des Druckes, der durch die Stimmgabel oder durch das Otoskop jedesmal auf die Unterlage ausgeübt wurde, gleichgültig, ob auf die Haut, den Knochen oder das Gehirn selbst. Die Beobachtnng, dass bei Auscultation über dem Gehirne direct (gleichgültig, ob die Stimmgabel auf der Haut oder auf dem Knochen stand) der Ton sehr laut, lauter als über dem Knochen gehört wurde, beweist, dass bei entsprechender Schallübertragung auf das Gehirn, durch den ganzen Schädel auf dem Wege der Resonanz, auch vom Gehirne selbst ein sehr lauter Ton abgegeben wird. Wenn bei gleichzeitiger Stellung der Stimmgabel auf das Gehirn ein sehr leiser Ton gehört wird, so ist eben die Zufuhr der Schallenergie von dem kleinen Querschnitte des Stimmgabelfusses eine sehr schlechte in Folge des Wegfalles der Resonanz. Ein ganz analoger Versuch lässt sich ja an jedem mit Flüssigkeit gefüllten Gefässe machen. Ich muss also im Gegensatz zu Ivanoff und Kessel constatiren, dass das Gehirn auch bei directer Auscultation über demselben bei Querleitung des Tones einen sehr lauten Ton abgeben kann, wenn die Stimmgabel auf dem Knochen oder auf der Haut aufgesetzt wird, mit anderen Worten, dass die Rolle, welche das Gehirn als der eigentliche Schädelinhalt bei der Schallleitung spielt, soweit sie für unsere Zwecke zur Diagnose pathologischer Veränderungen am Schädel und Gehirne in Betracht kommt, eine sehr

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wesentliche ist. Diese Untersuchungsergebnisse ergänzen, wie wir später an pathologischen Fällen sehen werden, die Thatsache, dass der Ton immer lauter gehört wird, je weniger Schichten über dem Gehirne vorhanden sind, oder je mehr dieselben verdünnt, resp. inniger mit einander verklebt sind. Ein Experiment, welches einen innigeren Contact der Dura mit dem Cranium an umschriebener Stelle imitiren soll, konnte ich am Schädel der Leiche ebenso wenig wie am macerirten Schädel ausfindig machen. Die Ergebnisse der Untersuchungen bei geeigneten Fällen am Lebenden sind jedoch, wie sich aus den mitgetheilten klinischen Fällen ergiebt, so eindeutig, dass sie keiner experimentellen Ergänzung bedürfen.

II. Klinische Beobachtungen Anderer bei Anwendung der Schallleitungsprüfung.

In erster Linie waren es Ohrenärzte, welche den fortgeleiteten Stimmgabelton für Untersuchungszwecke practisch zu verwenden suchten. Es kommen dabei vorwiegend zwei Arten der Untersuchung in Frage, eine, die als subjective bezeichnet werden kann, weil der Kranke selbst zum Beobachter gemacht wird, und die zweite als objective, wo der Untersuchende die Tonintensität prüft. Die erstere Untersuchungsart hat schliesslich, wie bekannt, in Form des Weber'schen und Rinne'schen Versuchs Eingang in die Praxis gefunden. Eine objective Methode wurde, soweit mir bekannt, zuerst von Gabrischewski[1]) im Jahre 1890 mitgetheilt. Er verwendete ein eigenes Stethoskop, das von ihm Pneumathoskop genannt wurde, weil er es ursprünglich zur Untersuchung der Lungen gebaut hatte. Später erweiterte er den Gebrauch des Instrumentes zur Diagnose von Erkrankungen des Processus mastoideus, der Stirnhöhle und der Oberkieferhöhlen. Es besteht im wesentlichen aus einem grösseren trichterförmigen Empfänger, der bei geschlossenem Munde auf die Schneidezähne aufgesetzt wird. Die Stimmgabel wird auf die zu untersuchende Nebenhöhle gestellt und die Dauer der Hörbarkeit zwischen symmetrischen Stellen auf beiden Seiten verglichen. Aus dem rascheren Abklingen des Tones auf der einen Seite wird dann auf eine Veränderung in der Schallleitungsfähigkeit und damit auf die Wahrscheinlichkeit einer krankhaften Veränderung geschlossen. Gabrischewski erwähnt auch kurz günstige Untersuchungsergebnisse bei Hirntumoren; er habe sich dabei des gewöhnlichen amerikanischen Stethoskops bedient, indem er den Trichter desselben auf den

1) Berliner klin. Wochenschr. 1890. S. 260. Comptes rendus hebdom. Tome II. 1890. No. 18.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Scheitel in der Medianlinie aufsetzte und die Tonstärke einer Stimmgabel beobachtete, welche auf verschiedene Punkte des Schädels gestellt wurde. Im Allgemeinen bevorzugt er jedoch gegenüber dem amerikanischen Stethoskop sein „Pneumatoskop", weil der Ton damit lauter gehört werde.

Ocunew[1]) beschäftigte sich gleichfalls als Otiater mit dieser Untersuchungsmethode und bemühte sich, die Genauigkeit derselben zu vervollständigen. Als Schallempfänger verwendete er zwei kleine Trichter, von denen jeder an das Ende eines Kautschukschlauches angesteckt wurde, während auf der anderen Seite des Schlauches eine Olive zum Befestigen desselben im äusseren Gehörgange des Untersuchenden angebracht war. Die angeschlagene Stimmgabel wurde nun entweder in der Medianlinie oder in besonderen Fällen etwas seitlich davon aufgesetzt und an genau symmetrischen Stellen der Warzenfortsätze oder des Gesichtsbereiches auscultirt. Er fand bei Sklerose des Knochens lauteren Ton, bei eitriger Infiltration des Warzenfortsatzes, bei periostitischer Schwellung, bei Hyperämie Abschwächung der Tonintensität. In ähnlichen Fällen trat Dämpfung über dem Gebiete der Highmorshöhle auf. Auf Grund seiner Erfahrungen hält er es für wahrscheinlich, dass auch an allen anderen Knochen des menschlichen Körpers tiefere Herde eine eben solche Veränderung der Schallleitung bewirkten, kann jedoch die Gültigkeit dieser Voraussetzung wegen Mangels an entsprechendem Material nicht prüfen.

Von anderer Seite wurde der Gabrischewski'sche Apparat zur Diagnose intracranieller Erkrankungen auch herangezogen. Murawiew[2]) berichtet, dass er in einem Falle von multipler Carcinommetastase im Gehirn den Sitz einer solchen nach der Dämpfung des Stimmgabeltones in der linken Schläfeseite bestimmte. Zur Auscultation verwendete er das Gabrischewski'sche Stethoskop.

Bechterew[3]) stellte im Jahre 1894 die bisherigen Ergebnisse der Untersuchungsmethode zusammen und konnte in einem Fall von Kleinhirnaffection, dann bei einem Falle von Menière'scher Krankheit und in einem Fall von Tumor in der Tiefe des Schläfenbeins, in der Dämpfung des Stimmgabeltones eine werthvolle diagnostische Stütze finden. An Stelle der angeschlagenen Stimmgabel bediente er sich einer elektrisch erregten Stimmgabel, wobei sich der Unterbrecher als Hartcontact

---

1) Archiv f. Ohrenheilk. Bd. 38. S. 161 und Bd. 43. S. 207. Wratsch 1893. No. 48/49.

2) Neurol. Centralbl. Bd. 12. S. 671.

3) Neurol. Centralbl. 1894. No. 14.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an der Stimmgabel selbst befand. Die Stimmgabel wurde auf den Scheitel und der trichterförmige Empfänger eines Stethoskpes, gleichgültig, welcher Construction, auf symmetrische Stellen des Schädels, bald rechts, bald links aufgesetzt und die Tonstärke verglichen. Auf diese Weise wurde der Schädel auscultatorisch abgesucht. Als Ergebniss seiner Untersuchungen kommt er zu folgendem Ausspruche: „Als diagnostisches Merkmal einer Affection der Schädelknochen gilt in solchen Fällen eine deutliche Dämpfung des Tones".

Eine andere Versuchsanordnung gebrauchten Wanner und Gudden[1]). Sie liessen den Kranken selbst den Stimmgabelton bei seiner Fortpflanzung durch den Schädel beobachten und fanden in einigen Fällen, dass die Perceptionsdauer des Tones oder dessen Intensität in Folge localer, krankhafter Veränderungen für den Kranken vermindert ist. Unter vorsichtiger Verwerthung dieser Thatsache glauben sie durch diese Untersuchung in geeigneten Fällen, wo andere Untersuchungsmethoden im Stiche lassen, werthvolle, diagnostische Anhaltspunkte für den Sitz und die Ausbreitung krankhafter Veränderungen zu haben. In erster Linie scheinen ihnen wie auch die beiden zur Obduction gekommenen Fälle lehren, Verwachsungen und Verdickungen der Gehirnhäute, sowie Raumbeschränkungen durch Tumoren in Betracht zu kommen. Wenn eine wesentliche Verkürzung der Knochenleitung ohne die sonstigen für eine Affection des inneren Ohres charakteristischen Begleiterscheinungen neben sonst normalem Hörvermögen constatirt wird, so sehen sie sich berechtigt, eine organische Veränderung im Schädelinnern bezw. in den Schädeldecken anzunehmen. Es ist also der negative Ablauf der Perceptionsdauer, der nach ihren Erfahrungen in Frage kommt.

Die beiden Autoren machten also zu einer Untersuchungsmethode, was ich zufälligerweise bei dem eingangs erwähnten ambulatorischen Kranken mit dem vermuthlich im Schläfelappen sitzenden Tumor gefunden hatte. Ich komme später bei der Schilderung der Untersuchungsart, welche ich als die verlässlichste in meinen Fällen angewandt habe, auf die Methode von Wanner und Gudden zurück.

Schliesslich ist noch Mignon[2]) zu erwähnen, der wieder als Otiater die Ergebnisse der Percussionsuntersuchung mit denen der Auscultation des Stimmgabeltones, sowohl als fortgeleiteter Ton als auch bei Aus-

1) Die Schallleitung der Schädelknochen bei Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute. Neurol. Centralbl. 1900. S. 883, 944 und 1002.

2) Nouvelles observations sur l'emploi du diapason dans l'exploration des cavites osseuses de la face et du crâne. Annales des maladies de l'oreille etc. März 1904.

Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

cultation dicht neben der Stimmgabel verglich und sorgfältig auf ihre diagnostische Verwerthbarkeit kritisirt. Seine Resultate ergeben, dass die Auscultation des Stimmgabeltones im Allgemeinen sicherere und besser differenzirte Anhaltspunkte ergiebt, als die Percussion, dass sie jedoch keine absolut verlässliche Methode darstellt; andererseits findet er in ihr bei geeigneten Fällen eine sehr werthvolle diagnostische Stütze und fordert Berücksichtigung dieser Untersuchungsart für Erkrankungen der Nebenhöhlen des Schädels. Er gesteht selbst zu, dass er in einer Reihe von Fällen durch andere Methoden sicherere Resultate gehabt hat.

Der practische Werth der objectiven Schallleitungsprüfungen für Erkrankungen des Warzenfortsatzes und der Nebenhöhlen hat von verschiedenen Seiten theils abfällige, theils günstige Kritik erfahren, auf die ich hier nicht eingehen kann. Doch hat das Verfahren nicht weitere Verbreitung gefunden, wohl deshalb, weil seine Verwendbarkeit beschränkt ist und weil in anderen Untersuchungsbehelfen, wie Durchleuchtung, Punction etc. eindeutige diagnostische Behelfe gegeben sind.

Dies sind im Wesentlichen die bisher bekannten Resultate von objectiven Schallleitungsprüfungen am Schädel zu diagnostischen Zwecken. Für unsere Fragestellung interessiren vor allem die Ergebnisse von Murawiew, Bechterew und von Wanner und Gudden. Jeder von ihnen hat in geeigneten Fällen brauchbare diagnostische Anhaltspunkte bekommen, die ihn veranlassten, Andere zur Nachprüfung aufzufordern und die Untersuchung im Allgemeinen als verwerthbar zu empfehlen.

III. Eigene Untersuchungsmethode.

Ich legte von Anfang an Gewicht darauf, das Beobachten des fortgeleiteten Stimmgabeltones nach Möglichkeit objectiv zu gestalten, um Fehlerquellen zu vermeiden. Aus diesem Grunde wollte ich vor allem nicht den Kranken selbst zum Beobachter machen, wenn auch gerade der erste Fall zufälligerweise ein solcher war, dass Patient selbst durch Eigenbeobachtung des Stimmgabeltones verwerthbare Schalldifferenzen angab. Ich sehe darin, dass der Kranke die Intensität oder Dauer des Stimmgabeltones beobachten soll, eine wesentliche Einschränkung für die Anwendbarkeit der Methode überhaupt, weil sie an den Kranken verhältnissmässig hohe Anforderungen stellt, denen wohl der grösste Theil von Kranken, die in Frage kommen, aus verschiedenen Gründen (Mangel an Intelligenz, Aufmerksamkeit, Benommenheit, Ohrerkrankungen und dergl.) nicht entsprechen kann. Aus diesem Grunde glaubte ich von vornherein, von einer Untersuchungsmethode absehen zu müssen, wie ich sie nachträglich bei Wanner und Gudden geschildert fand.

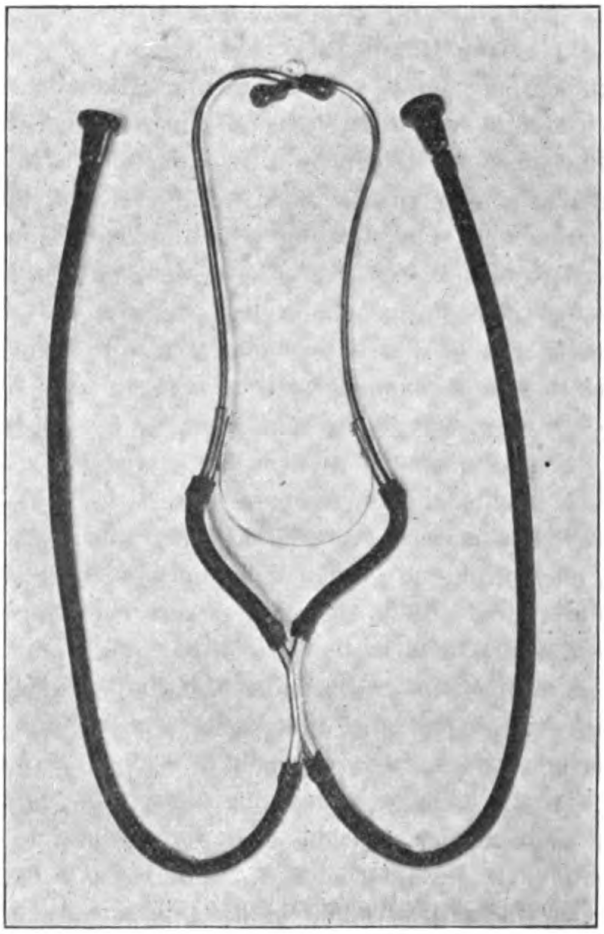
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Beobachten des Stimmgabeltones soll also durch den Untersuchenden selbst geschehen und zwar am besten derart, dass er jedes Mal mit beiden Ohren hört, dass also beim Vergleich der an sich schon geringen Differenzen von Schallintensitäten nicht noch in Frage kommt, ob der Auscultirende auf beiden Ohren gleich gut hört.

Ausserdem lag mir daran, den manuellen Theil der Untersuchung erstens möglichst einfach und zweitens so zu gestalten, dass der Vergleich von Tonstärken zwischen zwei Punkten des Schädels in sehr rascher Aufeinanderfolge geschehen kann, weil dadurch die Wahrnehmung von Intensitätsdifferenzen viel leichter ist, als wenn eine längere Zeit dazwischen verstreicht. Diesen Anforderungen glaube ich in der Anwendung eines modificirten amerikanischen Stethoskopes entsprochen zu haben. Es besteht im Wesentlichen einerseits in dem gewöhnlichen Bogen des binotischen bekannten Stethoskops, in zwei Trichtern, die durch entsprechende, gleich lange Schläuche mit dem Bogen verbunden sind, und in einem kurzen Schaltstück, das zwischen den Bogen und die beiden Trichterschläuche eingeschaltet ist. Dieses Schaltstück hat den Zweck, die gleichmässige Vertheilung des Tones an beide Ohren zu besorgen, gleichgültig, ob er von dem einen oder dem anderen Hörtrichter zugeführt wird. Nach einigen Fehlversuchen complicirter Vorrichtungen, die als Schaltstück dienen sollten, fand ich als einfachste Form diejenige, welche in beiliegender Abbildung wiedergegeben ist. Das Schaltstück ist 6,5 cm lang, besteht aus einem geraden Metallrohr, welchem an beiden Enden zwei in genau demselben Winkel zueinander stehende gleich weite, kürzere Rohre angesetzt sind. Sie dienen zum Anstecken der Kautschuckschläuche. Ein sehr wichtiges Erforderniss für die Verlässlichkeit des Instrumentes ist, dass das Schaltstück genau gearbeitet ist. Es muss die Wanddicke des Rohres eine durchaus gleichmässige, das Lumen gleich weit, sowie die Winkel der Ansatzrohre die gleichen sein. Bei Ausserachtlassung dieser Vorschriften haften dem Stethoskop, wie ich mich wiederholt überzeugen konnte, Fehler an, welche zu diagnostischen Irrthümern führen. An Stelle von einfachen trichterförmigen Empfängern habe ich versucht, verschiedene Arten von Membran-Stethoskopen zu verwenden, musste jedoch vollkommen davon abstehen, weil sie in ihrem Bau so complicirt sind, dass zwei absolut gleiche derartige Empfänger schwer zu finden sind und damit die Zuleitung des Tones bald besser, bald schlechter ist. Die Ursache liegt in der relativen Complicirtheit des Apparates, die nothgedrungen zu Unterschieden in der Leistungsfähigkeit führen muss. Bezüglich der Kautschuckschläuche kann ich noch erwähnen, dass sich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dickwandige Schläuche aus verschiedenen Gründen für unsere Zwecke am besten eignen, die Länge der Schläuche beträgt 38 cm[1]).



Der zweite Theil des Instrumentariums besteht im Wesentlichen in einer Stimmgabel als der besten Schallquelle, welche bei geeignetem Bau verhältnissmässig wenig Schall an die umgebende Luft abgiebt, dafür beträchtliche Schallenergien durch ihren Stiel an eine feste Unterlage vermittelt. Eine angeschlagene Stimmgabel hat den Uebelstand, dass sie verhältnissmässig rasch verklingt und die Dauer des Tönens nur eine geringere Anzahl von Auscultationen erlaubt. Ich war deshalb

1) Der Mechaniker Paul Polikeit, Halle a. S., Magdeburgerstrasse 27 hat sich bereit erklärt, das Stethoskop genau nach meinen Angaben zu liefern. Ich konnte mich an einer Reihe von Instrumenten überzeugen, dass sie gut gearbeitet sind.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von Anfang an bemüht, für meine Zwecke eine Stimmgabel zu verwenden, welche auf electrischem Wege continuirlich und in abstufbarer Intensität tönend erhalten wird. Eine Stimmgabel, wie sie Bechterew verwandte, die den Unterbrecher an ihren Zinken trägt, ist nicht gut brauchbar, weil das Geräusch am Unterbrecher bei seiner starken Leitung durch die Luft so deutlich ist, dass die Beobachtung des Tones am Schädel sehr gestört wird, und zweitens, weil die Abstufbarkeit der Tonstärke durch Variation der Stromintensität bei einer derartigen Gabel nur in sehr geringen Grenzen möglich ist. Die Ursache dafür liegt darin, dass mit einer Veränderung der Stromstärke auch die Funkenlänge des Unterbrechers und damit der Contact am Unterbrecher verändert wird. Es ist dadurch nothwendig, ausser der Veränderung der Stromstärke jedesmal auch eine entsprechende Stellung des Contactes an der Stimmgabel zu sichern.

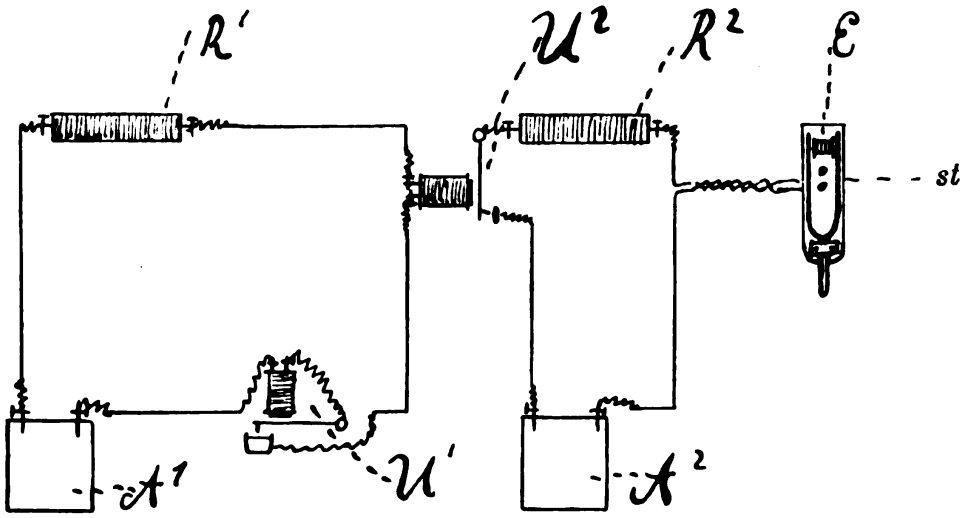
Ich suchte deshalb eine Stimmgabel zu verwenden, welche nicht in dem primären Unterbrecherstromkreis eingeschaltet ist, sondern in einem getrennten, vollkommen isolirten Strome in Thätigkeit erhalten wird, dessen Unterbrechungen durch den primären Stromkreis besorgt werden. Natürlich muss die Unterbrechungszahl im primären Stromkreis absolut gleich oder wenigstens in einem entsprechenden Verhältniss zur Schwingungszahl der Stimmgabel stehen. Diese Anforderungen stiessen aber bei der Ausführung auf sehr viele Schwierigkeiten, die ich trotz vieler, sehr zeitraubender Versuche nicht zu meiner vollen Befriedigung beseitigen konnte, weil ich ein genügend lautes und gleichmässiges Tönen der Stimmgabel in verlässlicher Weise nicht erzielen konnte. Die verhältnissmässig besten Ergebnisse fand ich bei der Anordnung, wie sie sich aus der umstehenden Zeichnung ergiebt.

Es ist also in dem einen Stromkreis ein Unterbrecher, dessen Schwingungszahl dem der Stimmgabel entspricht, eingeschaltet und ausserdem ein zweiter Electromagnet, welcher nach Art eines Relais im zweiten, vollkommen getrennten Stromkreise den Unterbrecher in Thätigkeit setzt. Auf diese Weise finden im zweiten Stromkreise ebenso viele Unterbrechungen statt, wie im ersten und die Stimmgabel geräth durch den zwischen ihren Zinken gelegenen Electromagnet in Schwingungen[1]).

Meine bisherigen Untersuchungen habe ich mit der einfachen Stimmgabel, die durch Anschlagen zum Tönen gebracht wird, durchgeführt. Der grosse Uebelstand des raschen Verklingens derselben war

1) Als Unterbrecher im ersten Stromkreise verwendete ich den im Catalog von Zimmermann, Leipzig No. 167 abgebildeten sehr genau gearbeiteten Stahlfeder-Unterbrecher mit Quecksilbercontact.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



A^1, A^2 Accumulator 1 und 2, U^1, U^2 = Unterbrecher 1 und 2, R^1 und R^2 Rheostat 1 und 2, St. = Stimmgabel, E. = Elektromagnet der Stimmgabel.

allerdings immer mehr oder weniger störend. Da ich jedoch eine meinen Anforderungen entsprechende, electrisch erregte Stimmgabel erst in allerletzter Zeit habe anfertigen lassen, lernte ich mich damit abfinden und habe auch bei fortschreitender Geschicklichkeit im Auscultiren so rasch arbeiten gelernt, dass ich nach einmaligem Anschlagen der Stimmgabel verhältnissmässig viel Vergleichsauscultation durchführen konnte.

Die Methode der Untersuchung ist nun folgende: Das Stethoskop wird in dem äusseren Gehörgang befestigt und die beiden Trichter der Schlauchenden an zwei symmetrischen Stellen des Schädels aufgesetzt, derart dass der Untersuchende den Schädel mit den Fingern nicht berührt. Nun wird die Stimmgabel durch eine Hülfsperson angeschlagen und genau auf eine bestimmte Stelle des Schädels in der Medianlinie aufgesetzt. Als solche Stellen wählte ich vor Allem zwei: 1. eine etwa auf der Scheitelhöhe und 2. die Eminentia occipitalis superior. Letztere diente vorwiegend zur Auscultation längs der Basis und erstere zur Auscultation in allen Radien, die durch die Stelle der Scheitelhöhe gedacht werden können. Wie sich aus der Mittheilung einzelner Fälle ergiebt, ist es jedoch wegen des Sitzes eines Herdes nahe an der Medianlinie der Scheitelregion gelegentlich wichtig, aus verschiedenen Stellungen der Stimmgabel in der Mittellinie zu auscultiren. Auf diese Weise wird der Schädel systematisch in allen Theilen abgehorcht und die Tonstärke von genau symmetrischen Stellen zwischen rechts und links immer verglichen. Beim Aufsetzen der Hörtrichterchen muss peinlichst darauf geachtet werden, dass der Rand des Trichters

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Schädel gleichmässig berührt, dass also der Trichter senkrecht auf die jeweilige Stelle aufgesetzt, weiter, dass der Druck auf den Schädel beiderseits gleichmässig stark ist. Schiefes Aufsetzen verkleinert die Berührungsfläche und kann dadurch die zugeleitete Schallintensität abschwächen, stärkerer Druck erhöht die Innigkeit des Contactes und verbessert dadurch die Schallzufuhr. Unter strenger Einhaltung dieser Vorsichtsmaassregeln wird nun abwechselnd von der einen oder anderen Seite des Schädels der Schall zu den auscultirenden beiden Ohren des Untersuchers zugeführt, indem der Schlauch dicht oberhalb des Hörtrichters, bald rechts, bald links durch die Finger der haltenden Hand abgeklemmt wird. Diese Abklemmung genügt vollkommen, um eine sehr erhebliche Herabsetzung der Schallintensität zu bewirken, so dass für den Auscultirenden fast ausschliesslich die Schallmenge in Betracht kommt, welche durch den nicht geklemmten Schlauch zugeführt wird. Die Abklemmung ist dem stets neuerlichen Aufsetzen der Trichter vorzuziehen, weil dabei weniger Fehler gemacht werden. Es ist wohl selbstverständlich, dass der Schädel des Untersuchten während des Auscultirens frei von jeder Unterlage und breiteren Stütze sein muss; im äussersten Nothfalle genügt es, den Schädel durch die Stütze mit einem Finger in der Medianlinie tief unten am Hinterhaupt oder am Kinne zu balanciren. Wenn diese Vorsicht ausser Acht gelassen wird, erhält man durch Resonanz eines Polsters oder durch Dämpfung einer ungeschickten, den Schädel stützenden Hand falsche Untersuchungsresultate. Auch der Untersuchende muss es, wie schon erwähnt, peinlich vermeiden, den Schädel mit den Fingern zu berühren, weil sonst auch durch die Fingerberührung eine Schallzufuhr stattfindet. Am besten ist die Untersuchung an vollkommen kurz geschorenem Kopfe durchzuführen. Besonders grosse Schwierigkeiten, die sich leider in den meisten Fällen nur ungenügend umgehen lassen, ergeben sich bei Frauen mit langem Haar. In den wenigsten Fällen ist es angängig, die Haare zu entfernen; da sie als intensive Schalldämpfer wirken, muss man beim Untersuchen bemüht sein, nach Möglichkeit immer die annähernd gleiche Menge von Haaren unter den Hörtrichter zu bekommen und die erhaltenen Resultate durch wiederholte Untersuchungen auf ihre Zuverlässigkeit prüfen.

Ausser der Auscultation des fortgeleiteten Stimmgabeltones nach der geschilderten Methode habe ich bei meinen Fällen auch die Auscultation des Tones dicht neben der Stimmgabel an verschiedenen Schädelstellen, dann die Auscultation des Percussionstones entweder in seiner Fortleitung oder gleichfalls dicht neben dem Finger und schliesslich auch die Auscultation des Stimmfremitus geprüft, und fand, dass die besten Ergebnisse mit der eben geschilderten Untersuchungsart, der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auscultation des fortgeleiteten Stimmgabeltones, gewonnen werden. Daneben soll jedoch die Percussion nicht vernachlässigt werden, weil gelegentlich gerade aus dem Vergleich von Percussionston und fortgeleitetem Stimmgabelton brauchbare Schlüsse auf die Lage eines Herdes gezogen werden können.

In der klinischen Schilderung der Fälle, die ich hier mittheile, hielt ich es für nothwendig, das Krankheitsbild so weit zu entwickeln, dass das Wesentliche des ganzen Falles klargelegt wird. Aus dem Befunde ergiebt sich dann jedesmal, inwieweit die Auscultation des Stimmgabeltones am Schädel etwas zur klinischen Diagnose beitrug, resp. was in künftigen ähnlichen Fällen von dieser Untersuchung zu erwarten ist.

Ausser den Fällen, wo eine besondere Indication auf Grund pathologischer Veränderungen zur Untersuchung des Schädels gegeben war, habe ich eine Anzahl von Gesunden zum Zwecke der Controlle untersucht. Es ergab sich aus diesen Prüfungen, dass bei sehr vielen Gesunden der fortgeleitete Stimmgabelton ebenso wie der Percussionston zwischen rechts und links different ist. Die Differenz ist oft wieder im vorderen Schädelantheile deutlicher als im hinteren oder umgekehrt, doch muss im Gegensatz zum Befunde an Kranken hervorgehoben werden, dass die Unterschiede nur ausnahmsweise wirklich beträchtliche sind. Gewöhnlich ist die Höhe der Differenz eine geringere als in pathologischen Fällen und überdies fand sich niemals an engumschriebener Stelle eine Differenz. Allerdings muss man dabei die Auscultation über den Warzenfortsätzen ausschalten, denn hier finden sich schon auf Grund normal anatomischer Unterschiede im Bau des Warzenfortsatzes deutlichere Unterschiede. Da jedoch für unsere pathologischen Fälle der Warzenfortsatz als solcher nur von untergeordneter Bedeutung ist, muss er für die physikalische Untersuchung des Schädels vom allgemeinen neurologischen Standpunkte aus zunächst ausser Acht gelassen werden.

IV. Eigene Krankenbeobachtungen.

Fall I.

C. Th., 32 Jahre alt, Dienstmädchen, kam am 10. October 1903 in ambulatorische Behandlung der Nervenklinik Graz. Es besteht keine hereditäre Belastung; ausser Erkrankungen leichterer Art in der Kindheit, soll Patientin bis zum 24. Lebensjahre stets gesund gewesen sein. Zu dieser Zeit fand eine luetische Infection statt, Pat. machte während des secundären Stadiums eine Schmierkur durch. In der späteren Zeit sollen keine weiteren Symptome der Infection aufgetreten sein und Pat. wurde auch nicht weiter antiluetisch be-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

handelt. Vor 3 Monaten hatte sie eine Frühgeburt von 6 Monaten, die Frucht sei marcerirt abgegangen. Seit dieser Zeit leide sie an stets zunehmenden Kopfschmerzen, die vornehmlich in der rechten Schädelseite localisirt werden. Sie fühle sich im Allgemeinen sehr schwach, ermüde rasch bei jeder Arbeit, klagt über Schwindelgefühl, unsicheres Gehen und Taumeln, könne in Folge der heftigen Schwerzen nicht genügend Schlaf finden, habe ein beständiges allgemeines ausgesprochenes Krankheitsgefühl; Krampfanfälle und dergl. sind nicht aufgetreten.

Status: Der Kopf ist symmetrisch, eine Schwellung ist nirgends zu sehen. Die rechte Schläfen- und Scheitelgegend ist bei mässigem Druck und bei Percussion deutlich schmerzhaft, am meisten in einem Gebiete von etwa 4 cm Durchmesser in der Schläfegegend. Der Percussionsschall ist zwischen rechts und links und insbesondere über dem schmerzhaften Gebiete nicht nennenswerth different, eine stärkere Percussion verursacht sehr lebhaften Schmerz an der erwähnten Stelle, zeigt jedoch auch keinen Unterschied.

Die Prüfung der Schallleitung ergiebt bei Pos. I eine wesentliche Verkürzung in dem beschriebenen Gebiete der rechten Schläfeseite. Von da aus wird die Schallleitung in allen Richtungen allmählich weniger different, am weitesten erhält sich der Unterschied nach vorne gegen die Stirne zu. Ueber dem Stirnhöcker jedoch ist der Schall rechterseits umgekehrt besser als über dem linken, ebenso über dem Warzenfortsatz. Es findet sich also im Vergleich zur erkrankten Stelle eine Umkehr der Schallleitung; allerdings ist die Differenz über Stirnhöcker und Warzenfortsatz viel weniger intensiv, als über der Schläfenregion zu Ungunsten der rechten Seite.

Die Pupillen weisen keinerlei Störung auf, der Augenhintergrund ist normal, auch an den übrigen Hirnnerven besteht kein pathologischer Befund. Am rechten Gaumensegel finden sich narbige Veränderungen, die in ihrer Entstehung nach Aussage der Untersuchten in die Zeit ihres luetischen Recidivs zurückzuführen sind. Sie habe damals die erwähnte Schmierkur durchgemacht. und sei auch im Halse örtlich behandelt worden. In der Gegend hinter dem Sternocleido-Mastoideus finden sich beiderseits mässig grosse derbe spindelförmige Drüsen, rechts mehr als links. Sonst sind nirgends am Körper Veränderungen vorhanden, die als Residuen der luetischen Infection angesprochen werden können. Die Nervenstämme sind weder im Kopfbereich, noch an anderen Körperpartieen druckschmerzhaft, die Sensibilität ist überall normal; nur an der rechten Kopfseite werden Schmerzreize stärker empfunden. Die Sehnenreflexe sind durchweg etwas lebhafter als in der Norm, doch beiderseits gleich, die Hautreflexe entsprechend. Es bestehen keinerlei Symptome, die für eine Localerkrankung des Gehirns verwerthet werden können. Die Untersuchung der inneren Organe bleibt negativ.

Zusammenfassung. Im Anschlusse an den Abgang einer marcerirten Frucht heftige Schmerzen in der rechten Kopfseite und intensives allgemeines Krankheitsgefühl. Luetische Infection vor 8 Jahren sichergestellt. In Folge des Mangels anderer Symptome war die Annahme eines luetischen Recidivs mit Localerkrankung in der Schläfegegend rechterseits naheliegend. Was die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Form der Erkrankung nun betrifft, so musste auf Grund der intensiven Druck- und Percussionsempfindlichkeit einer umschriebenen Stelle der rechten Schläfegegend eine infiltrirende luetische Erkrankung im Bereiche des Knochens oder seines periostalen Antheiles angenommen werden. Die deutliche Dämpfung der Schallleitung wies auf eine vorwiegende Betheiligung des Periostes hin, weil bei ähnlichen Erkrankungen des Knochens selbst, ohne nennenswerthe Betheiligung des Periostes, eine Besserung der Schallleitung nach der erkrankten Stelle hin gefunden wurde. Druck- und Percussionsschmerzhaftigkeit waren für die Tiefenlocalisation des Herdes weniger gut verwerthbar, weil sie sich auch bei einem Herde im Knochen selbst oder in der Dura finden. Allerdings war die Druckschmerzhaftigkeit so erheblich, dass aus ihrer Intensität zum mindesten auf eine starke Betheiligung des Periostes geschlossen werden musste. Aus diesen Ueberlegungen wurde im gegebenen Falle eine umschriebene Periostitis luetica angenommen.

Aus dem Verlaufe der Beobachtung und Behandlung ist in Kürze zu berichten, dass die Beschwerden der Kranken unter antiluetischer Therapie, die im Anfang in combinirter Quecksilber- und Jodbehandlung und später in Verabreichung von Jod allein bestand, allmählich vollkommen schwanden, so dass sie nach etwa 8 wöchiger Behandlung als geheilt entlassen wurde.

Mehrere Monate nach der Behandlung der Patientin wurde nochmals eine Prüfung der Schallleitungsverhältnisse am Schädel vorgenommen, und es ergab sich dabei, dass eine noch eben nachweisbare Differenz zu Ungunsten der rechten Seite vorhanden war, jedoch in viel geringerer Ausbreitung um den früheren Erkrankungsherd, und nicht von solcher Intensität, dass sie unter anderen Umständen nach den gemachten Erfahrungen als krankhaft oder localdiagnostisch verwerthbar hätte angesprochen werden können. Die Druck- und Percussionsschmerzhaftigkeit war vollkommen geschwunden.

Fall II.

Theresia D., 59 Jahre, aufgenommen 6. Juni 1904, chirurgische Klinik Graz.

Von früheren Erkrankungen berichtet Patientin, dass sie von ihrem 12. Lebensjahre an bis etwa vor $2^1/_2$ Jahren viel unter Magenschmerzen und Kopfweh gelitten habe; über die Art der Erkrankung kann sie nichts Genaueres angeben. In ihrem 31. Lebensjahre zog sie sich eine Contusion des rechten Kniegelenkes zu, welche von einer stärkeren Schwellung und Röthung gefolgt war und Pat. eine erhebliche Bewegungsbeschränkung des betroffenen Gelenkes verursachte. Seit dieser Zeit ist die Schwellung am rechten Kniegelenke nie mehr vollständig gewichen und die Bewegungen sind immer noch schmerzhaft, wenn auch der Zustand im Ganzen, im Vergleich zu früheren Jahren, erheblich weniger Beschwerden verursacht. Fieber will Pat. sowohl zu Beginn dieser Erkrankung, als auch in späterer Zeit, nie gehabt haben, auch sollen bis zur Gegenwart keine Nachtschweisse aufgetreten sein. Hämoptoe wurde nie beobachtet. Vor 6 Jahre erkrankte sie, nach Aussage ihres behandelnden Arztes, an einer Rippenfellentzündung, die unter heftigem Fieber verlaufen sein soll.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Anschlusse an diese Erkrankung habe sich in der Gegend des linken Sprunggelenkes eine schmerzhafte Schwellung entwickelt, welche bis zur Gegenwart fortbesteht.

Ende Mai des Jahres 1903 begann die Erkrankung, wegen welcher Pat. gegenwärtig das Spital aufsuchte. Es stellten sich Schmerzen in der rechten Kopfseite ein, die zunächst geringfügig waren, aber später sehr intensiv wurden und beständig, sowohl Tags als Nachts über andauerten. Zu gleicher Zeit entwickelte sich allmählich in der rechten Scheitelgegend eine Schwellung. Ausser diesen Beschwerden kam es zu einer Herabsetzung des Hörvermögens am rechten Ohre und zu einer Abnahme der Sehschärfe des rechten Auges. Seit ihrer Erkrankung sei sie stark abgemagert und habe allgemeine Schwäche gefühlt. Schwindelanfälle, Unsicherheit beim Gehen, auffällige Schwäche einer Körperseite, Paraesthesien, Krampfanfälle oder vorübergehende Bewusstseinsstörungen sollen niemals aufgetreten sein, ebensowenig Erbrechen. Eine luetische Infection wird in Abrede gestellt. Pat. hat zweimal geboren; das erste Kind soll 48 Stunden nach der Geburt gestorben sein, über die Todesursache ist nichts eruirbar, es soll rechtzeitig geboren sein, irgend welche Anhaltspunkte für das Vorhandensein luetischer Erscheinungen an dem Körper des Kindes können nicht gefunden werden. Ein zweites Kind wurde gleichfalls rechtzeitig geboren, lebt und soll gesund sein.

Status: Die Frau ist mittelgross, ziemlich erheblich abgemagert, die Hautdecken und sichtbaren Schleimhäute sind etwas blasser.

Am Kopfe fällt eine Schwellung in der Gegend des rechten Scheitelbeines auf, mit ihrem Centrum in der Protuberantia parietalis. Sie ist flach gewölbt und fühlt sich ziemlich weich an. Bei etwas stärkerem Drücken tastet man in der Tiefe einen leicht rauhen Knochen; dabei äussert Pat. sehr lebhaften Schmerz. Der Percussionsschall ist in der Gegend der Geschwulst und über der Schwellung selbst sonorer als auf der entsprechenden Stelle linkerseits, doch kann die Percussion über der Geschwulst selbst wegen grosser Schmerzhaftigkeit nur sehr zart ausgeführt werden.

Die Untersuchung der Schallleitung ergiebt bei Position I, dass der Ton rechterseits in der Umgebung der Geschwulst und am deutlichsten auf der Höhe derselben wesentlich besser gehört wird, als über der correspondirenden Stelle links. Nach hinten zu ist diese Differenz bis auf die Schuppe des Os occipitale, seitlich bis auf den oberen Antheil der Schläfeschuppe nachweisbar. Nach vorne zu lässt sich die Differenz nur eine kurze Strecke von der Geschwulst weg verfolgen, dann verschwindet sie und weiter vorne tritt, schon über dem rückwärtigen Theile des Stirnbeines, eine Umkehr der Differenz ein: es wird die Stimmgabel rechterseits wesentlich schlechter gehört als links. Ueber den Warzenfortsätzen ist kein Unterschied vorhanden, über dem Processus zygomaticus des Schläfebeines ist der Schall gleichfalls rechterseits lauter. Bei Position II finden sich im Wesentlichen dieselben Unterschiede, doch nicht in der gleichen Deutlichkeit.

Die Augen sind frei beweglich, die rechte Pupille in Folge von Homatropineinträufung vor der Spitalaufnahme noch deutlich erweitert, zeigt jedoch

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

noch eine eben nachweisbare Reaction auf Licht und Accommodation. Die linke Pupille ist mittelweit und reagirt auch nur in sehr geringem Ausmaasse. Der Augenhintergrund ist normal, nur sind die Venen etwas weiter als in der Norm. Der Cornealreflex ist erhalten.

Das Geruchsvermögen ist nicht nennenswerth gestört und beiderseits gleich.

Der Trigeminus ist in seinen Austrittspunkten nicht druckschmerzhaft, die Sensibilität im Gesichte und Kopfbereiche vollkommen normal. Die Masseteren spannen sich gleichmässig gut.

Der linke Facialis ist in allen seinen 3 Aesten sowohl bei mimischen als willkürlichen Innervationen leicht paretisch. Die Zunge weicht beim Vorstrecken etwas nach der rechten Seite ab und zeigt leichtes Zittern; das linke Gaumensegel steht etwas tiefer, der Rachenreflex ist erhalten.

Am Acusticus wies H. Prof. Habermann eine nervöse Schwerhörigkeit mässigen Grades nach, links mehr als rechts; ausserdem war in beiden Gehörgängenr eichlich Cerumen, am Trommelfell bestanden keine krankhaften Veränderungen.

An den übrigen Gehirnnerven ist nirgends eine Störung vorhanden.

Die Sehnenreflexe sind an den oberen Extremitäten, ebenso wie die Periost- und die directen Muskelreflexe beiderseits gleich und von normaler Intensität. Der Kniesehnenreflex ist links nicht gesteigert, rechterseits ist er nur sehr schwach auslösbar; es muss jedoch dabei in Rechnung gezogen werden, dass sich in der Gegend des rechten Kniegelenkes eine ausgebreitete Schwellung findet, welche beständig und vor allem auch bei leichter Beugung im Kniegelenke Schmerzen verursacht, so dass Pat. nie zu vollkommenem Entspannen zu bringen ist. Die Achillenssehnenreflexe sind beiderseits gleich.

Was die Schwellung am rechten Kniegelenk betrifft, so ist sie in allen Theilen nachweisbar; die Haut ist in diesem Gebiete nicht stärker geröthet und fühlt sich nicht wärmer an. Die Schwellung ist zum grössten Theil weich, elastisch, an den Gelenksenden sind leichte Verdickungen und minimale Rauhigkeiten zu tasten. Bei Bewegungen ist deutliches Crepitiren vorhanden. Eine ähnliche Schwellung findet sich auch im Bereiche des linken Sprunggelenkes, nur sind hier die Veränderungen weniger hochgradig.

Weder an den oberen, noch an den unteren Extremitäten besteht ein nennenswertes Zittern oder Ataxie, das Romberg'sche Phänomen fehlt. Die Prüfung der Sensibilität ist für alle Qualitäten am ganzen Körper normal, die Stereognose ist beiderseits intact, die Abschätzung von Distanzen und das stereognostische Erkennen von Gegenständen vom Opticus aus sind nicht geschädigt. Die Muskelkraft weist keinen Unterschied zwischen rechts und links auf.

Die Untersuchung von Lungen, Herz und Abdomen ergiebt keine krankhaften Veränderungen.

Auf Grund des vorstehenden Befundes wurde eine Knochenerkrankung des rechten Scheitelbeines ohne Betheiligung der darunterliegenden Gehirnpartien angenommen. Die beiderseitige Erkrankung des Acusticus sowie die leichte linksseitige Facialisparese konnten mit der Localerkrankung in keinen directen Zusammenhang gebracht werden.

Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Was nun die Art der Knochenerkrankung anlangt, kam eine Caries, ein Gumma oder ein Neoplasma anderer Art vor allem in Frage. Letzteres wurde durch das Fehlen anderer Anhaltspunkte dafür wenig wahrscheinlich. Eine tuberculöse Erkrankung der Lungen war nicht nachweisbar, auch fehlten sonstige eindeutige Anhaltspunkte für eine Erkrankung an Tuberculose, wie Nachtschweisse und Temperatursteigerung. Für eine luetische Erkrankung waren auch keine directen Anhaltspunkte gegeben, aus der Vorgeschichte liess sich nur mit grosser Reserve das rasche Absterben des ersten Kindes für die Möglichkeit einer Lues verwerthen. Die Gelenkkrankheiten konnten ebensogut luetischer als tuberculöser Art sein, wenn auch für letztere weniger Wahrscheinlichkeit vorhanden war, oder die Gelenkserkrankungen hatten sich überhaupt auf andersartiger Basis entwickelt. Die grössere Wahrscheinlichkeit schien für eine luetische Knochenerkrankung der Parietalgegend zu sprechen.

Da Pat. zu möglichster Beschleunigung und Abkürzung ihres Spitalaufenthaltes drängte, konnte der Versuch, durch eine antiluetische Therapie eine Operation zu vermeiden, nicht gemacht werden und so wurde die Operation alsbald auf der chirurgischen Klinik durch H. Prof. v. Hacker vorgenommen. Aus der Operationsgeschichte entnehme ich folgende Mittheilungen: Nach Ablösung eines Haut-, Muskel und Periostlappens zeigte der freigelegte Knochen pathologische Veränderungen, die am meisten für ein zum Theil erweichtes Gumma, weniger für eine cariöse Knochenveränderung gehalten werden mussten. Bei Abtragung der erkrankten Stellen mittelst Hammer und Meissel zeigte sich, dass die Spongiosa in ihrem unteren Antheile schon vollkommen normal erschien. Deshalb wurde die gesunde Knochenpartie erhalten, und nur in einem Umkreise von etwa 4 cm die erkrankte Knochenschicht abgetragen.

Der Höhe der Geschwulst, da, wo der Stimmgabelton am lautesten gehört wurde, entsprach die stärkste Verdünnung des Craniums.

12 Tage nach der Operation wurde Patientin mit einem kleinen Jodoformgazestreifen in der sonst gute Heilungstendenz zeigenden und zum grössten Theil fast vollständig verheilten Operationswunde entlassen, nachdem sie keinerlei Schmerzen mehr nach der Operation geäussert hatte. Die mikroskopische Untersuchung des abgetragenen Knochenstückchens ergab alle Zeichen einer gummösen Knochenerkrankung.

Zusammenfassung. Bei einer Patientin, welche jahrelang an einer schmerzhaften Schwellung des Knie- und linken Sprunggelenkes litt, entwickelte sich innerhalb eines Jahres eine schmerzhafte Geschwulst in der rechten Parietalgegend. Symptome der darunter liegenden Hirnpartien fehlten, ebenso allgemeine Zeichen einer intracraniellen Drucksteigerung. Sonst: leichte periphere Parese des linken Facialis und beiderseitige nervöse Schwerhörigkeit.

Percussionschall etwas sonorer in der Umgebung der Geschwulst und über dieser selbst.

Der fortgeleitete Stimmgabelton ist über der Schwellung, namentlich an der Stelle der stärksten Knochenverdünnung, deutlich lauter. Diagnose: Gumma? oder Caries? des Os parietale. Operation: Abtragung der ober-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

flächlichen Schichten des Knochens, darunter gesunder Knochen. Histologisch: Gumma des Knochens.

Fall III.

Marko V., 50 Jahre alt, Grundbesitzer, aufgenommen am 31. März 1904 in die Nervenklinik zu Graz. 8 Monate vor der Aufnahme wurde Patient durch einen Schlag mit einer Erdhaue in der rechten Scheitelgegend schwer verletzt. Nach der Verletzung blieb er etwa $^1/_2$ Stunde bewusstlos liegen, wusch sich dann in einem Ackergraben die Wunde ab und legte sich einen Nothverband an, worauf er ohne besondere Mühe einen Weg von $^1/_4$ Stunde nach seiner Wohnung zurücklegte. Nachdem er in das Spital in Warasdin gebracht worden war, stellte sich 3 Stunden nach der Verletzung eine schwere Ohnmacht ein, welche über 12 Stunden gedauert haben soll. Tags darauf wurde eine Parese der linken Gesichtshälfte sowie der linken oberen und unteren Extremität bemerkt, auch soll Doppelsehen bestanden haben. Während seines Spitalsaufenthaltes ging die linksseitige Parese bis auf eine leichte Schwäche im Beine vollkommen zurück und die Knochenverletzung am Schädel verheilte. Etwas über einen Monat nach der Verletzung konnte Patient wieder seiner gewohnten Beschäftigung nachgehen. Ungefähr 2 Monate nach dem Trauma kam er dadurch zu Sturze, dass die Pferde, neben welchen er herging, scheuten. Er fiel auf die rechte Körperseite, ohne eine schwerere Verletzung davon zu tragen, klagte nur 8 Tage hindurch über allgemeine unbestimmte Schmerzen. Etwa einen Monat später stellte sich früh morgens ohne irgend welche Vorboten ein Ohnmachtsanfall ein, wobei Patient nach der linken Seite hin umfiel. In der nun folgenden Zeit wiederholten sich derartige Anfälle in grösseren Intervallen; erst beim vierten Anfalle sollen allgemeine Muskelkrämpfe aufgetreten sein, auch soll er sich einmal beim Anfalle verunreinigt haben.

Vor seiner gegenwärtigen Erkrankung will er bis auf geringfügige Erkrankungen in der Kindheit, stets gesund gewesen sein. Eine hereditäre Belastung besteht nicht, kein Potus, keine Anhaltspunkte für eine luetische Infection.

Bei der Aufnahme klagte er über keinerlei subjective Beschwerden; die früher gelähmte Körperseite sei nunmehr ebenso kräftig als vor der Verletzung, er habe keine Kopfschmerzen, keine Parästhesien, kein Doppelsehen.

Status: Der Untersuchte ist gross, kräftig, von derbem Knochenbau. Der Schädel ist im ganzen symmetrisch, im hinteren unteren Winkel des rechten Scheitelbeines befindet sich eine ca. 4 cm lange, tief eingezogene Narbe, deren klaffende Knochenränder nur sehr wenig höckrig sind. Die Narbe ist ziemlich stark druckempfindlich.

Der Percussionsschall ist über der ganzen rechten Schädelseite, besonders über dem Scheitelbeine, etwas höher und kürzer als linkerseits. Die Prüfung der Schallleitung ergiebt zunächst bei Position I, dass über dem ganzen Cranium die Stimmgabel äusserst wenig laut gehört wird (dicker Knochen). Ueber der Narbe selbst und in der allernächsten Umgebung derselben wird Stimmgabelton besser als an der correspondirenden Stelle der linken Seite

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gehört, doch ist der Unterschied kein sehr grober. Ueber dem rechten Warzenfortsatz ist der Schall umgekehrt rechterseits etwas schwächer als links, sonst finden sich keine Unterschiede. Bei Position II bestehen dieselben Schallunterschiede wie bei I, jedoch weniger deutlich ausgesprochen.

Das Geruchsvermögen ist intact; an den Augen ist kein pathologischer Befund nachweisbar, der Augenhintergrund ist normal. Nirgends an den Hirnnerven kann eine krankhafte Abänderung der Function erkannt werden; insbesondere ist auch eine Parese des linken Facialis nicht mehr vorhanden. An den oberen Extremitäten finden sich vollkommen normale, oberflächliche und tiefe Reflexe. Die linke Extremität zeigt keine Paresen, es besteht keine Tastlähmung, nicht die geringste Störung in der Coordination der Bewegungen, kein Zittern. Die Bauchhaut- und Cremasterreflexe sind gleich, ebenso die Kniesehnenreflexe. Der Achillessehnenreflex ist andeutungsweise clonisch. Die active und passive Beweglichkeit der unteren Extremitäten ist in keiner Weise gestört; Reste der früheren hemiplegischen Parese lassen sich nicht mehr erkennen. Die Tiefenlocalisation im Raume ist vollkommen gut und auch die Sensibilität in allen Qualitäten ungestört.

Harn und Stuhl sind ohne pathologischen Befund.

Die Untersuchung der inneren Organe fällt vollkommen negativ aus, es waren keine Temperatursteigerungen zu beobachten.

Was den Status psychicus anlangt, musste Patient als intact bezeichnet werden.

Drei Wochen hindurch zeigte sich nicht die geringste Veränderung in dem Zustande des Patienten, dann trat jedoch ein typischer epileptischer Anfall ein, der mit einer Blick- und Kopfwendung nach links begann und sofort darauf von tonischen, dann clonischen Zuckungen im linken Facialis und in der linken oberen Extremität gefolgt war. Später stellten sich auch in der rechten oberen Extremität Zuckungen ein, während die Beine unbetheiligt blieben. Sehr bald nach dem Anfalle war Patient wieder vollkommen geordnet und gab an, dass er kurz vor dem Anfalle plötzlich die Vorstellung gehabt habe, dass im Zimmer alles von oben nach unten gekehrt sei, als ob die Einrichtungsgegenstände an der Decke stünden. Für die Zeit des Anfalles selbst war er ohne jede Erinnerung. Während des Anfalles hatte er sich einen Zungenbiss zugezogen.

Eine Röntgenaufnahme des Schädels ergab, dass der Knochenspalt in der Scheitelgegend etwas über $3^1/_2$ cm lang, dass die Schädeldecken sehr dick waren, und dass sich an der inneren Seite der Knochenränder einige knöcherne Prominenzen vorfanden.

Am 23. April wurde Patient auf der chirurgischen Klinik durch Hrn. Prof. v. Hacker operirt, und ich entnehme aus der Krankengeschichte der chirurgischen Klinik folgende Mittheilung über den Befund bei der Operation: Es wurde ein Hautperiost- und Knochenlappen mit der Basis nach hinten oben gebildet, derart, dass er die Narbe in der Mitte einschloss. Der Knochenspalt zeigte die früher genannte Grösse und hatte im allgemeinen glatte Ränder. Die tiefeingezogene Hautnarbe war mit den Rändern des Knochendefectes und in der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mitte mit der Dura innig verwachsen. Im Bereiche der Duranarbe fand sich ein Knochenstückchen eingelagert und ausserdem zwei kleine lose haftende Splitter der Tabula vitrea. Nach innen zu war die Dura mit den weichen Hirnhäuten verwachsen. Bei der Loslösung dieser Verwachsungen mussten einige Piagefässe unterbunden werden.

Die Operationswunde wurde unter Entfernung des umschnittenen Knochenstückes und Umkehr des Periostes mit der äusseren Fläche gegen die Dura zu wieder geschlossen; sie heilte innerhalb 12 Tagen vollkommen gut.

Eine genaue Untersuchung des Patienten nach der Operation liess nicht die geringsten Herdsymptome auffinden. Patient fühlte sich subjectiv vollkommen wohl. Mehrere Monate nach der Operation machte er Mittheilung, dass sich keine weiteren Anfälle eingestellt hätten und dass er frei von allen Beschwerden sei.

Zusammenfassung. Bei einem früher vollkommen gesunden Manne stellten sich im Anschlusse an eine schwere Kopfverletzung zunächst die Symptome einer Hemiparese an der gekreuzten Körperseite ein, gingen jedoch in kurzer Zeit vollkommen zurück. Nach einer Latenzperiode von 4 Monaten traten epileptische Anfälle auf. Bei der klinischen Untersuchung, welche 8 Monate nach der Verletzung stattfand, konnten keine Herdsymptome gefunden werden. Es wurde nur ein epileptischer Anfall beobachtet, der in seinem Anfangsverlauf auf den Sitz der Narbe in der Parietalregion rechterseits verwies.

Die Untersuchung der Schallleitung ergab eine bessere Leitung über der Narbe selbst und sonst eine auffällig geringe Wahrnehmbarkeit der tönenden Stimmgabel über dem ganzen Schädel. Die Verbesserung der Schallleitung über der Narbe wurde auf eine beträchtliche Verdünnung des Craniums an dieser Stelle und die über dem ganzen Schädel auffällig schwache Zuleitung des Tones auf ein im allgemeinen dickes und compactes Schädeldach zurückgeführt. Der Befund bei der Operation bestätigte die Annahme, das Cranium war auffällig dick und compact. Das lautere Tönen über der Narbe muss ich nachträglich einerseits auf die Verdünnung des Schädeldaches an dieser Stelle und andererseits auf die Verwachsung der Dura mit der Narbe beziehen. Auf diese Verhältnisse soll weiter unten bei der Zusammenfassung der Fälle eingegangen werden.

Fall IV.

Andreas J., 35 Jahre, aufgenommen 5. December 1904 Nervenklinik Graz. Zu Ostern des Jahres 1904 hatte sich Patient beim Böllerschiessen durch ein abgesprengtes Stück Eisen eine schwere Verletzung an der linken Stirnseite zugezogen und wurde deshalb in das Landesspital in Radkersburg aufgenommen. Nach dreimonatiger Behandlung wurde er von hier mit einem grösseren Knochendefect an der Stelle der Verletzung geheilt entlassen. Bald nach seiner Entlassung sollen sich Krampfanfälle mit Bewusstseinsverlust eingestellt haben, die in der ersten Zeit seltener, später gehäuft auftraten; in letzter Zeit sollen die Anfälle schwerer gewesen sein als früher. Auch in seinem allge-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

meinen Gebahren soll sich der Kranke seit der Verletzung wesentlich geändert haben. Er wurde nach dem Berichte seiner Angehörigen äusserst reizbar, grob, ausfahrend und einige Male sogar aggressiv; ausserdem habe er grosse Vergesslichkeit gezeigt, habe das Interesse an seiner Arbeit, an seinem Besitz und seinen Angehörigen verloren, sodass diese auf eine neuerliche Aufnahme in ein Krankenhaus drängen mussten. In den letzten Wochen soll er auffällig läppisch und einfältig geworden sein.

Status: Bei der Aufnahme auf die Abtheilung bekommt Patient einen epileptischen Anfall von kurzer Dauer. Der Anfall beginnt mit einem tiefen, laut tönenden, saccadirten Inspirium, wobei sich Zunge und Lippe krampfhaft rhythmisch contrahiren. Darauf treten Zuckungen im rechten Facialis und Blickwendungen nach rechts ein, die Extremitäten und der Rumpf betheiligen sich an den Zuckungen nicht, sind vielmehr vollkommen ruhig. Patient liegt in passiver Rückenlage, ist im Kopfbereiche stark congestionirt. Im Anschlusse an die Zuckungen im rechten Gesichtsbereiche stellten sich auch solche im linken ein, doch in wesentlich geringerer Intensität. Am Schlusse des Anfalles weichen die Augen in extremer Blickstellung nach der linken Seite ab. Die Pupillen zeigen während des Anfalles keine Reaction auf Licht. Das Bewusstsein ist vollkommen geschwunden.

Nach dem Anfalle werden zunächst Fragen entweder garnicht, oder mit einem stumpfen Lächeln beantwortet. Einfache Aufforderungen, z. B. Zähne zeigen etc. werden erst nach mehrfacher Wiederholung sehr langsam und unvollkommen befolgt. Beim aufrechten Stehen fällt auf, dass die rechte Schulter wesentlich tiefer steht als die linke und dass der Rumpf nach rechts überhängt. Sobald Patient vorwiegend das rechte Bein als Standbein benutzt, geräth er in lebhaftes Schwanken, aber auch abgesehen davon ist das Stehen unsicher, und es tritt bei Augenschluss grobes Schwanken auf. Der Gang ist auffällig langsam und geschieht unter ständiger Controlle der Augen. Das rechte Bein wird beim Gehgeschäft auffällig ungeschickt verwendet, ohne die typische hemiplegische Gehstörung zu zeigen. Die Umgebung wird von dem Kranken nahezu vollkommen unbeachtet gelassen.

Während der Untersuchung tritt ein neuerlicher Anfall ein, der im Wesentlichen ebenso verläuft wie der erste und bald darauf ein dritter. Nach dem Anfall sieht er, ohne ein erkennbares Interesse für die Umgebung zu haben, um sich. Acustische Geräusche scheinen seine Aufmerksamkeit flüchtig zu fixiren. Beim Fixiren von Personen und Gegenständen fällt auf, dass seine Kopfbewegungen wiederholt über das Ziel hinausgehen; bei mehrfacher Wiederholung solcher Versuche schwindet diese Erscheinung. Im Allgemeinen reagirt er besser auf acustische als auf optische Eindrücke.

Eingenommene Stellungen behält er lange Zeit, ohne irgendwie durch die Vorgänge im Krankenzimmer beeinflusst zu werden. Gegen passive Stellungen zeigt er keinen erheblichen Widerstand. Auffällig ist, dass er sich beim Stehen beständig von den vor ihm stehenden Aerzten abwendet, sodass er nahezu vollkommen mit dem Rücken dem Arzte zugekehrt ist. Der Abwendungsbewegung geht immer eine entsprechende Kopfwendung voraus.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Sprachverständniss ist erhalten, die Sprache des Kranken selbst nicht paraphasisch, doch sind die Körperbewegungen schwer gestört. Und zwar nicht verlangsamt, sondern auch in ihrer Aufeinanderfolge und in Bezug auf Zweckmässigkeit und Richtigkeit krankhaft verändert. Er bietet Symptome von Apraxie mit besonderer Betheiligung der rechten Körperseite. Ich gehe auf diese Erscheinungen hier nicht näher ein, weil sie von anderer Seite ausführlich besprochen werden sollen.

Der Schädel ist im ganzen symmetrisch, über der Mitte des linken Augenbrauenbogens findet sich eine ca. $1^1/_2$ cm breite, 6 cm lange, tiefe Narbe, die von glatten Knochenrändern begrenzt ist, und in ihrer oberen Hälfte eine bald sehr deutliche, bald minimale Pulsation zeigt. Die Pulsation ist im Allgemeinen mit der Herzaction synchron; ausserdem findet sich aber auch ein Heben und Senken der Narbe entsprechend der Athmung: es zeigt sich inspiratorische Senkung und exspiratorische Vorwölbung, beides jedoch nur in geringem Ausmaasse.

Der Percussionsschall des Schädels ist über der ganzen linken Seite wesentlich sonorer als rechts, am deutlichsten ist der Unterschied im vorderen Antheil der linken Schläfe und am lateralen Rande der Narbe. Bei leichtem Beklopfen der Narbe selbst bekommt man auch einen sonoren Ton, wesentlich mehr als an der correspondirenden gesunden Stelle. Auch über dem Jochbein und über der Fossa canina ist die Differenz noch deutlich, wenn auch weniger, als an den erstgenannten Stellen.

Die Prüfung der Schallleitung ergiebt bei Pos. I wesentlich lauteren Ton im Gebiete der Narbe, am deutlichsten im oberen, inneren Antheil der Narbe selbst, an einer Stelle, welche dem tiefsten Punkte der Narbe entspricht, wo auch die Pulsation des Gehirnes am deutlichsten zu sehen ist. Von dem Gebiete der Narbe aus geht die bessere Schallleitung sehr rasch in eine gleichmässige über, ohne eine Umkehr zu erleiden, nur etwa $1^1/_2$ cm von der Narbe entfernt im oberen, äusseren Antheile derselben, findet sich eine schwach ausgesprochene Umkehr. Es ist an dieser Stelle auf der Aussenseite des Knochens eine leichte Verdickung zu tasten. Wenn die Stimmgabel auf die Eminent. occipitalis superior gesetzt wird, bekommt man gleichfalls über der Narbe wesentlich bessere Schallleitung, nur findet sich ausserdem bei Auscultation über dem Jochbein linkerseits eine leichte Herabsetzung der Schallleitung.

Die Blickbewegungen sind frei. Am linken Auge besteht eine narbige Trübung der Cornea und ein Colobom mit Verwachsung der Iris. Am rechten Auge ist die Accommodationsreaction nachweisbar, auf Licht jedoch erfolgt keine Reaction, nur bei wiederholter Prüfung ist eine minimale Verengerung der Pupille zu sehen. Hr. Prof. Sachsalber fand am Hintergrunde des rechten Auges eine leichte Neuritis optica, linkerseits konnte der Augenhintergrund in Folge Cornealtrübungen nicht gesehen werden.

Geruchsproben werden nicht bezeichnet, doch scheint Patient Geruchseindrücke zu bekommen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der rechte Facialis ist in seinen beiden unteren Aesten paretisch. Die Zunge weicht beim Vorstrecken etwas nach rechts ab. Die übrigen Hirnnerven sind ohne pathologischen Befund.

Die Sehnenreflexe weisen weder an den oberen, noch an den unteren Extremitäten eine Differenz zwischen rechts und links auf und sind in normaler Stärker auslösbar, eine Störung der Sensibilität kann nirgends am Körper nachgewiesen werden. Der Muskeltonus ist bis auf eine lebhaftere Spannung am rechten Unterschenkel nirgends auffällig verändert. Ausser der Austrittsstelle des ersten Trigeminusastes linkerseits und weniger des zweiten Astes finden sich keinerlei druckschmerzhafte Nervenstämme. Die Untersuchung der inneren Organe blieb in jeder Richtung negativ.

Der Puls ist regulär, von mittlerer guter Spannung und Füllung, um 96, kein ausgesprochener Druckpuls.

Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker, kein Indican.

Während des Aufenthaltes des Kranken auf der Klinik kommt es zu einer steten Wiederkehr der epileptischen Anfälle; der Allgemeinzustand verschlechtert sich beständig, er kommt schliesslich aus dem schwer benommenen Zustande zwischen den gehäuften Anfällen nicht mehr heraus. In der anfallsfreien Zeit ist Kopf und Rumpf meist nach links gewendet, die linken Extremitäten gebeugt, die rechten gestreckt, die Augen sind gerade gestellt, die Pupille im Bereiche der Lidspalte. Bei passiven Bewegungen der rechten Extremitäten erfolgen meist keine Reactionen des Kranken, bei solchen der linken oberen Extremität öffnen sich die Augen und es erfolgen Blickbewegungen und zwar vorwiegend nach links hin. Auch unternimmt er ausschliesslich mit der linken Hand Bewegungen. Während des soporösen Zustandes pulsirt das Gehirn in der Schädellücke deutlich sichtbar. Bei dem Einsetzen von mehreren Anfällen wurde vor dem Eintritt von Zuckungen ein Einsinken der Narbe und Aufhören der Pulsation beobachtet. Dieser Zustand erhielt sich auch einige Zeit während des Anfalles, dann kehrte die Pulsation wieder, um nach dem Ablaufe des Anfalles einige Zeit hindurch abermals vollkommen zu schwinden. Die inspiratorische Bewegung an der Narbe, Vorwölbung bei Exspiration, Einziehung bei Inspiration ist auch bei fehlender Herzpulsation an der Narbe deutlich.

Am 11. Tage nach der Aufnahme starb Patient nach länger dauerndem schwerem Status epilepticus.

Eine am letzten Tage wiederholte Prüfung der Schallleitungsverhältnisse des Kopfes ergab denselben Befund, wie am ersten Tage, nur war die Differenz zu Gunsten der linken Schädelseite noch deutlicher als bei der ersten Untersuchung und erstreckte sich über die ganze vordere linke Schädelseite, bis hinter die Tuberantia parietalis. Daneben bestand, so wie früher, die auffällig stark ausgesprochene Schallleitung über der Narbe.

Auf Grund des Befundes am Cranium wurde eine Verwachsung der Verletzungsnarbe mit dem linken Stirnpol des Gehirns angenommen und ausserdem zur Erklärung des schweren epileptischen Krankheitszustandes die Möglichkeit erwogen, dass ausser dieser Verwachsung ein früher latent gebliebener

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Abscess im vorderen linken Stirnantheil die Veranlassung zu den stürmischen Erscheinungen der letzten Krankheitsperiode abgegeben haben könne.

Aus dem Obductionsbefund des pathologischen Institutes von Herrn Prof. Eppinger entnehme ich folgende Beschreibung: das Rückenmark ist makroskopisch nicht verändert, die Dura desselben ist etwas opaker als gewöhnlich; am Schädeldache findet sich ein in der Mitte des linken Augenbrauenbogens beginnender, über 5 cm weit sagittal nach rückwärts ziehender Substanzverlust des Knochens, der in der Mitte nahezu 3 cm breit ist. Seine Ränder sind abgeglättet und zugeschärft, in seiner Umgebung, besonders nach aussen und oben hin, ist der Knochen stark verdickt, so dass er durch exostotische Höcker, die vor allem der Innenseite angehören, fast 3 cm Querdurchmesser erhält. Den Grund des Substanzverlustes bildet die Dura, welche dem Knochen in der Umgebung fest adhärirt. Nach Ablösung der weichen Schädeldecke und des Periostes zeigen sich vom Substanzverlust ausgehende geheilte Fissuren, die bis zur Coronarnaht reichen. Vom linken Stirnlappen ist dessen vorderster Antheil zerstört, die Dura mit dem Gehirne in der Umgebung des Knochendefectes fest verwachsen, so dass eine Ablösung nur unter Setzung von Substanzerlusten möglich ist.

Bei einem Frontalschnitt durch das Gehirn zeigt sich der linke Seitenventrikel nach vorne trichterförmig bis zum Grunde des Substanzverlustes im Knochen ausgezogen, so dass er dort nur von der Dura abgeschlossen wird. Das Gehirn ist im Uebrigen stark durchfeuchtet, doch nicht auffällig durchblutet, die Marksubstanz ist weich und brüchig, sonst keine erwähnenswerthen Veränderungen. Diagnosis: Fractura cranii sanata, Accretio durae lobi frontalis sinistri et ventriculi lateralis sinistri elongati in defectum ossis frontalis sinistri; oedema pulmonum acutum. Venostasis universalis.

Zusammenfassung: Schwere Schädelverletzung an der linken Stirnseite, nach dem Ablauf mehrerer Monate epileptische Anfälle und Veränderung der ganzen Persönlichkeit. Klinisch: Pulsirender Knochendefect über dem linken Stirnpol, leichte Neuritis optica, kein Druckpuls, Jacksonepileptische Anfälle, complicirte Störungen des Handelns und der Bewegungen, vorwiegend der rechten Körperseite, die in ihrer Zusammenfassung als Apraxie mit besonderer Betheiligung der rechten Körperseite bezeichnet werden müssen. Parese der beiden unteren Aeste des rechten Facialis und der ganzen rechten Körperseite, letztere war jedoch im Anfang der Beobachtung nur angedeutet und hatte nicht den Typus einer Hemiplegie mit der charakteristischen Störung von Haltung und Bewegung. Physikalischer Befund am Schädel: Percussionston sehr sonor, besonders am lateralen Rande der Narbe, doch auch sonst über der ganzen linken Schädelseite und über dem Defecte selbst. Die Schallleitung ist über dem Defect wesentlich besser bis auf eine Partie in dichter Nähe desselben, wo sich eine Umkehr der Schalldifferenz findet. Diagnose: Substanzverlust am Pole des linken Stirnhirns, Verwachsung von Dura mit Gehirn und der äusseren Haut (daneben Abscess?). Obduction: Kein Abscess, das andere richtig. Die Verkürzung der Schalleitung nahe der Narbe erklärt sich aus einer beträchtlichen exostotischen Knochenverdickung an derselben Stelle.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall V.

Franz W., 23 Jahre alt; aufgenommen am 29. December 1905, Nervenklinik Halle.

Im Alter von 5 Jahren zog sich Pat. durch Sturz eine Verletzung des Schädels in der linken Parietalregion zu. Im Anschluss an diese Verletzung stellten sich bald epileptische Krampfanfälle ein, die sich in verschiedenen Intervallen wiederholten. Nach einem heftigen Schreck bei einem Feuer, etwa einen Monat vor der Aufnahme des Kranken, brach eine Psychose aus, die nach der Anamnese des Vaters mit Wahrscheinlichkeit als ein epileptischer Dämmerzustand aufzufassen ist. Wegen dieser Erkrankung wurde er zunächst in das Krankenhaus in Aken gebracht und dann von dort hierher überführt. Von sonstigen Erkrankungen ist aus der früheren Zeit nichts Bemerkenswerthes zu berichten. Eine hereditäre Belastung ist nicht nachweisbar.

Status: Pat. ist ein grosser, etwas anämischer, mässig abgemagerter junger Mann; an den Hautdecken, sowie am Skelette ist nichts weiter zu bemerken.

Der Schädel ist im Allgemeinen symmetrisch, zeigt nur in der linken Parietalregion eine flache Impression, welche sich ca. 4 cm weit nach vorne ausbreitet. Im hinteren Antheile derselben findet sich eine etwa 2 cm lange, schmale Narbe in der behaarten Kopfhaut, die mit der Unterlage fast verwachsen ist. An der medianen Seite der Narbe tastet man in der Tiefe ganz minimale Verdickungen des Knochens.

Der Percussionsschall ist in der Parietalregion linkerseits deutlich kürzer, besonders in der nächsten Umgebung der Narbe und nach vorne davon im Gebiete der Impression. Weiter vorne ist der Schall umgekehrt links sonorer.

Die Schallleitung zeigt bei Position I über dem Gebiete der Narbe und vor derselben eine auffällige Abnahme der Stärke des Stimmgabeltones im Vergleich zur rechten Seite. Am deutlichsten ist der Unterschied in der Tiefe der Narbe selbst (die Zuleitung des Tones geschah hier wegen der Schmalheit der Narbe nicht mit dem für gewöhnlich verwendeten trichterförmigen Hartgummiansatz, sondern mit einem entsprechend dünnen Metallstäbchen, um die Verhältnisse im Gebiete der Narbe möglichst genau prüfen zu können). Nach hinten und unten von der Narbe hört die Differenz sehr bald vollkommen auf, nach vorne zu jedoch ist sie oberhalb der Linea semicircularis bis auf das Stirnbein hin nachweisbar. Nach einer kurzen Strecke, welche keine Schallleitungsdifferenz zeigt, tritt über dem Stirnantheil schliesslich eine Umkehr der Tonstärke auf: links lauter als rechts. Die Auscultation des Stimmfremitus ergab keine brauchbaren Resultate.

Die Augen sind frei beweglich, Conjunctival- und Pupillenreflexe sind normal, der Augenhintergrund ohne pathologischen Befund. An den Hirnnerven ist nirgends etwas Krankhaftes nachweisbar.

Die Zunge zeigt eine Anzahl von verheilten Bissnarben. Der Rachenreflex ist auslösbar.

Körperhaltung und Gang sind normal. Die Bewegungen der oberen Ex-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tremitäten geschehen gleichfalls ohne pathologische Abänderung. Es besteht kein Tremor, keine Ataxie, keine Störung des Lagegefühls, des Tastvermögens und der Hautsensibilität. Die Sehnen und Periostreflexe sind beiderseits gleich.

Die Rumpfmuskulatur wird gleichmässig innervirt, die Bauchhautreflexe sind rechts gleich links, ebenso die Cremasterreflexe. Auch an den unteren Extremitäten findet sich durchaus normale Innervation. Die Sehnenreflexe sind nicht different, der Fusssohlenreflex ist von normaler Art, Oppenheim- und Strümpell'scher Reflex fehlen. Es besteht keine Ataxie, kein Romberg-sches Phänomen.

An den inneren Organen ist nirgends eine krankhafte Veränderung nachweisbar.

Pat. ist bei der Aufnahme orientirt, zeigt eine summarische Erinnerung an den überstandenen Dämmerzustand, giebt selbst an, dass er verwirrt gewesen sei. Ueber seine Anfälle berichtet er, dass er nicht immer vollkommen bewusstlos werde, sondern, dass er oft nur Zuckungen in den Armen verspüre, ohne das Bewusstsein zu verlieren. Andere Male sollen sich die schweren Anfälle mit vollkommener Bewusstlosigkeit und Amnesie für die Zeit desselben gleichfalls mit einem Gefühl von Zuckungen in beiden Armen einstellen.

Die Intelligenz des Kranken ist mässig reducirt, die Merkfähigkeit etwas herabgesetzt; von Seiten der Sprache besteht nur eine mässige Verlangsamung und inconstant eine geringe Herabsetzung des Wortfindungsvermögens.

Während des Aufenthaltes in der Klinik kamen eine Reihe von epileptischen Anfällen und Dämmerzuständen zur Beobachtung. Aus dem Ablaufe oder dem Beginn der Anfälle konnte auf einen bestimmten Herd im Gehirne nicht geschlossen werden, auch wiederholte weitere Untersuchungen liessen keine Herdsymptome aufdecken.

Zusammenfassung. Im Anschluss an eine Kopfverletzung im Alter von 5 Jahren traten epileptische Krampfanfälle und Dämmerzustände bei einem sonst gesunden Individuum auf. Bei der klinischen Untersuchung, 18 Jahre nach der Verletzung, fanden sich keine Functionsausfälle, die als Herdsymptome aufgefasst werden konnten. An der Stelle der Verletzung am Schädel war eine mit der knöchernen Unterlage fest verwachsene Hautnarbe in der Scheitelregion nachweisbar und darunter eine flache nach vorne zu weiter ausgebreitete Impression des Craniums. Der Percussionsschall hatte über dieser Stelle stärkeren Schenkelton, die Schallleitung ergab eine starke Abschwächung des Stimmgabeltones in demselben Gebiete. Ein ursächlicher Zusammenhang des Traumas mit der Epilepsie musste auch bei dem Fehlen aller Herdsymptome für möglich gehalten werden, und es wurde zu therapeutischen Zwecken eine Trepanation des Schädels an der Stelle der Narbe und der Impression vorgeschlagen. Aus dem Befunde der Percussion und Schallleitung wurde eine Verdichtung des Craniums im Gebiet der Narbe angenommen. Ob dieselbe durch Auflagerungen an der Innenseite des knöchernen Schädels oder beträchtlichere Verdickungen der Dura zu Stande kam, entzog sich zunächst noch der Diagnose.

Die vorgeschlagene Operation wurde durch Herrn Prof. v. Bramann in

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der hiesigen chirurgischen Klinik durchgeführt, und ich kann von dem Befunde bei der Operation folgendes zur Aufklärung der localen Verhältnisse mittheilen: Beim Durchsägen des Knochens fiel in dem Gebiete der Impression ein auffällig starker Widerstand auf, der Knochen zeigte am Querschnitt eine sehr starke Verdichtung, die Spongiosa war besonders im mittleren Antheil der Impression nahezu vollkommen durch dichtes Knochengewebe ersetzt. An der Unterseite fanden sich keine Knochenauflagerungen, mit der Dura war der Knochen nicht verwachsen, die Dura selbst nur wenig verdickt, beim Spalten derselben ergab sich, dass sie mit den weichen Hirnhäuten nicht verwachsen war. An der Hirnsubstanz konnte weder durch Tasten noch durch Inspection etwas Pathologisches nachgewiesen werden. Die Probepunction ergab auch keinen Anhaltspunkt für krankhafte Veränderungen in der Tiefe. Der Defect wurde ohne Duranähte und mit Weglassung des Knochens nur mit den Weichtheilen wieder geschlossen. Die Heilung der Wunde erfolgte ohne wesentliche Zwischenfälle in kurzer Zeit.

Bei diesen Verhältnissen im fraglichen Gebiete des Schädels müssen wir die Herabsetzung der Schallleitungsfähigkeit in dem umschriebenen Gebiete der Impression auf die Veränderung des Knochens allein, die hochgradige Verdichtung desselben, zurückführen.

Bei einer späteren Untersuchung des Kranken, mehrere Wochen nach vollkommener Verheilung der Operationsnarbe, fanden sich bei der Schallleitungsuntersuchung vollkommen andere Verhältnisse. Die Stimmgabel war im Gebiete des Knochendefectes an derselben Stelle, wo sie früher auffällig schlecht gehört wurde, nunmehr auffällig laut. Bei der Position der Stimmgabel auf den Scheitel war der Unterschied deutlicher als bei der auf die Eminentia occipitalis superior. Im übrigen bestanden dieselben Verhältnisse wie bei der ersten Untersuchung.

Fall VI.

Heinrich D., 42 Jahre, aufgenommen 3. November 1905, Nervenklinik Halle.

Anamnese: Im Alter von 18 Jahren zog sich Patient durch Sturz von einem Baume eine schwere Kopfverletzung zu und zwar kam es zu einer Schädelfractur mit Knochenimpression in der rechten Stirngegend. Wegen der Verletzung wurde Patient in der chirurgischen Klinik zur Marburg aufgenommen und hier das eingedrückte Knochenstück auf operativem Wege entfernt. Seit dieser Verletzung nun leidet er an epileptischen Krampfanfällen, die in verschiedenen Intervallen, theils mehrfach gehäuft an einem Tage, theils seltener auftreten. Ausser den Krampfanfällen kommt es auch zu mehrere Tage andauernden Dämmerzuständen. In Folge von Alkoholmissbrauch hat der Zustand des Kranken wiederholt erhebliche Verschlechterungen erfahren und Patient kam in Folge seiner Erkrankung wiederholt in Spitalsbehandlung. In der hiesigen Klinik wurde er zuerst im März 1905 und dann im November desselben Jahres aufgenommen. Jedesmal wurde Patient in ziemlich verwahr-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lostem Zustande durch die Polizei eingeliefert und bot die untrüglichen Zeichen chronischer Alkoholintoxication.

Von früheren Erkrankungen anderer Art wird von dem Kranken nur angegeben, dass er wiederholt wegen schwerem „Bronchialkatarrh“ in Behandlung gestanden sei, und dass er auch jetzt noch viel huste und reichlich Auswurf habe. Eine luetische Infection soll nie stattgefunden haben.

Status: Der Untersuchte ist mittelgross, kräftig, an der Haut ist nichts bemerkenswerth.

Der Kopf ist symmetrisch, in der Gegend hinter dem Tuber frontale an der lateralen Seite rechts findet sich eine ca. thalergrosse Impression, die einen vollkommenen Verlust des knöchernen Schädels aufweist. Die Haut ist über der Impression und in der nächsten Umgebung derselben in verschiedenen Richtungen von Narben durchzogen. Die Narben sind mit der Unterlage zum Theil fest verwachsen. Ueber dem Defecte ist nirgends eine Pulsation zu sehen oder zu tasten. Bei stärkerem Drucke fühlt sich die Stelle fest und elastisch an; die umgebenden Knochenränder sind glatt und nach aussen nicht verdickt. Beim Beklopfen des Schädels wird Schmerz geäussert und zwar am lebhaftesten in der Gegend der Impression. Bei directer Percussion über der Impression äussert Patient, dass er sofort heftigen Schwindel verspüre; dieselbe Empfindung ruft auch leichter Druck hervor.

Der Percussionston ist über der rechten Schädelseite sonorer als links und zwar am deutlichsten in der Gegend der Impression.

Bei Auscultation des Stimmgabeltons von der Scheitelhöhe her ist der Ton in der Umgebung der Narbe deutlich lauter als sonst am Schädel, am deutlichsten ist der Unterschied an einer Stelle vorne in der Mitte der Narbe, wo sie am dünnsten zu sein scheint. Im äusseren unteren Antheil der Narbe ist die Schallleitung nicht mehr besser, sondern etwas schlechter als an der entsprechenden Stelle der gesunden Seite. In der Gegend der Schläfeschuppe und zwar im vorderen Antheile derselben ist der Schall rechterseits schwächer als links, ebenso über dem Jochbeine und der Fossa canina. Der Unterschied über der Narbe ist ein sehr lauter. Bei Position der Stimmgabel auf die Eminentia occipitalis superior findet sich wieder an derselben Stelle wie bei Position I über der Narbe ein sehr lauter Ton; auch hier wieder kehrt der Unterschied im unteren äusseren Rande der Narbe um, rechterseits schlechter als links. Beim Auscultiren längs der Basis ist der Ton rechts schwächer als links, ebenso über dem Gesichtsantheil.

Der Stimmfremitus ist wesentlich lauter und sonorer über der Narbe als an der gegenüberliegenden Stelle der linken Seite und als sonst am Schädel. Die Auscultation des Percussionsschalles von einer beliebigen Stelle des Schädels her ist über der Narbe viel sonorer und lauter als an anderen Stellen; ebenso ist umgekehrt beim Auscultiren in der Medianlinie der Percussionston von der Narbe aus wesentlich lauter. Augenbefund: Die rechte Pupille ist etwas weiter als die linke, die Licht- und Accommodationreaction ist beiderseits vorhanden, die Augenbewegungen sind frei, die Conjunctivalreflexe vorhanden und gleich, der Augenhintergrund ist ohne pathologischen Befund.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Geruchsvermögen ist beiderseits gleich und nicht grob gestört.

Es besteht beiderseits eine mässig starke Schwerhörigkeit, der Weber'sche Versuch geht deutlich nach rechts, Rinne beiderseits possitiv, die Uhr wird beiderseits nur dicht am Ohre gehört, beide Trommelfelle sind mässig trüb, die Lichtreflexe erhalten.

Ohrkitzel- und Nasenkitzelreflexe fehlen beiderseits; der Rachenreflex ist deutlich. Die Zunge wird gerade vorgestreckt, zittert erheblich und zeigt eine Anzahl von Bissnarben.

Der Facialis wird willkürlich gleichmässig innervirt, nur bei mimischer Reaction bleibt bald der eine, bald der andere etwas zurück.

Sonst ist an den Gehirnnerven nichts zu bemerken.

Die Nervenstämme im Kopf- und Halsbereiche sind nicht druckschmerzhaft, die Carotiden sind gleich und nicht auffällig rigid.

An den oberen Extremitäten besteht beim geraden Vorhalten und ebenso bei Intentionsbewegungen ein mässig starker toxischer Tremor; die Sehnen- und Periostreflexe sind beiderseits gleich. An den Bewegungen der Extremitäten ist nur bei feineren Leistungen der linken Hand, wie z. B. Abtasten kleinerer Gegenstände mit geschlossenen Augen, eine deutliche Ungeschicklichkeit zu erkennen, doch besteht keine sonstige Parese. Auch das Lagegefühl ist intact, ebenso die Stereognose.

An den unteren Extremitäten fehlt ein Unterschied der Innervation zwischen rechts und links, die Kniesehnen- und Periostreflexe sind gleich, der Achillessehnenreflex ebenso. Die Fusssohlenreflexe sind in normaler Form auslösbar, der Strümpell'sche und Oppenheim'sche Reflex fehlen. Bauchhaut- und Cremasterreflexe sind normal, es besteht kein Romberg.

Die Schmerzempfindung ist am ganzen Körper beträchtlich herabgesetzt mit Ausnahme der Hände und des Gesichtes. An den Händen schneidet die Grenze der Sensibilitätsstörung manschettenförmig am Handgelenke ab und gegen das Gesicht hin bildet die behaarte Kopfhaut die Grenze der Hypalgesie. Eine Differenz zwischen rechts und links ist nicht vorhanden. Berührungs- und Temperaturempfindungen sind am ganzen Körper normal.

Von der Untersuchung der inneren Organe ist nur zu erwähnen, dass über den Lungen beiderseits der Befund von Brochiectasien zu erheben ist. Es besteht kein Fieber.

Psychisch war Patient zunächst geordnet und zeigte nur eine unverkennbare Herabsetzung der Intelligenz.

Im Harne wurden keine pathologischen Befunde gemacht.

Während des länger dauernden Aufenthaltes des Patienten auf der Klinik kamen eine Reihe von epileptischen Dämmerzuständen, die theils nur stundenlang, theils tagelang dauerten, zur Beobachtung und ausserdem einige epileptische Krampfanfälle. Von einer eingehenden Beschreibung dieser Zustände sehe ich hier ab.

Nach länger dauerndem Aufenthalte wurde Patient am 16. Februar 1906 nach Uchtspringe überführt.

Zusammenfassung: Patient hatte sich durch ein schweres Trauma

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einen Defect des Craniums in der rechten Stirngegend zugezogen. Im Anschlusse daran stellten sich verschiedene Erscheinungen von Epilepsie ein. Klinisch: Keine Herdsymptome, bis auf eine minimale Ungeschicklichkeit der linken Hand bei feineren Bewegungen ohne Controlle der Augen, keine Hirndrucksymptome. Als nebensächlicher Befund: rein functionelle Hypalgesie am ganzen Körper mit Ausschluss der Hände und des Gesichtes. Die Schalluntersuchung ergab eine wesentliche Verstärkung des Tones über dem Schädeldefect und deren nächster Umgebung, während sonst der Ton auf derselben Schädelseite im Allgemeinen etwas weniger gut gehört wurde. An der Stelle des Knochendefectes wurde eine Verwachsung der Hautnarbe mit dem darunter befindlichen Schädelinhalt angenommen. Die Dämpfung des fortgeleiteten Stimmgabeltones im äusseren unteren Antheile der Narbe wurde auf eine umschriebene Verdickung des Knochenrandes bezogen (s. Fall No. IV.)

Da von dem Kranken eine vorgeschlagene Operation abgelehnt wurde, musste auch die Controlle der physikalischen Verhältnisse in vivo entfallen.

Fall VII.

Alexander B., 31 Jahre alt, Fabrikarbeiter, aufgenommen am 8. Februar 1906 in die Nervenklinik zu Halle. Im Anschluss an einen Scharlach im zweiten Lebensjahre trug Pat. eine eitrige Mittelohrenentzüngung linkerseits davon, die eine längere Anzahl von Jahren fortbestand. Im Winter 1896/97 wurde eine Aufmeisslung zum Zwecke der Blosslegung des Mittelohres vorgenommen und, da bei der ersten Operation ein ungenügender Erfolg erzielt worden war, mussten nach dem Berichte des Kranken später noch weitere chirurgische Eingriffe unternommen werden. Im März 1903 sei er als geheilt aus der ärztlichen Behandlung entlassen worden. An dem Tage seiner Entlassung stürzte er und schlug mit dem Hinterhaupt auf das Strassenpflaster auf. Nach diesem Sturze soll sich Schwindel, Erbrechen und hochgradig taumelnder Gang eingestellt haben, so dass Pat. in schwerem Krankheitszustand neuerdings Spitalaufnahme in Barmen fand. Hier wurde nach seinem Berichte wegen bedrohlicher Symptome neuerdings eine Aufmeisslung des Warzenfortsatzes vorgenommen und es soll angeblich eine Entzündung der Dura an umschriebener Stelle gefunden worden sein. Nach dieser Operation habe sich Pat. mehrere Monate hindurch wohl gefühlt. Zu Anfang des Jahres 1904 sei er neuerdings mit schweren Symptomen erkrankt und ärztlicherseits sei eine Erkrankung des linken Kleinhirns diagnosticirt worden. Auf den Rath der Aerzte habe er sich noch einer weiteren Operation unterziehen müssen, bei der eine Trepanation im Gebiete der linken Hinterhauptschuppe gemacht und die Wunde unter Weglassung des Knochens geschlossen wurde.

Seit dieser Operation habe er über eine Reihe von Beschwerden nahezu beständig zu klagen. Er leide viel an Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, sein Gang sei sehr unsicher und taumelnd, er verspüre an verschiedenen Körperstellen unbestimmte Schmerzen. Während der warmen Jahreszeit sollen sich seine Beschwerden besonders steigern. Von sonstigen Erkrankungen aus

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

früherer Zeit ist nichts zu berichten, auch hereditäre Momente sind nicht zu erheben.

Status: Der Untersuchte ist etwas unter mittelgross, von mittlerem Ernährungszustand. Der Gang ist erheblich taumelnd, breitspurig, ebenso tritt beim Stehen, insbesondere beim Augenschluss, grobes Taumeln auf, wobei er nach rückwärts zu stürzen droht. An der Haut und an den sichtbaren Schleimhäuten ist nichts zu bemerken, ebensowenig gröbere Veränderungen am Skelett.

Das Cranium ist symmetrisch, hinter dem linken Ohre befindet sich eine tiefe Narbe, welche direct in den äusseren Gehörgang führt. Weiter nach hinten und unten ist über dem entfernten Warzenfortsatz eine zweite Narbe zu sehen, ausserdem eine grosse, bogenförmige Hautnarbe über der linken Hinterhauptsgegend. In diesem Gebiet besteht ein vollkommener Knochendefect, dessen Basis unten an der Haargrenze liegt. Der Defect ist etwa 7 cm breit und ebenso hoch. An der Stelle des Defectes wölbt sich der Schädelinhalt vor, er fühlt sich elastisch an und zeigt deutliche Pulsation. Die Gegend dieses Knochendefectes, sowie die Narben hinter dem linken Ohre sind angeblich sehr druckschmerzhaft. Bei mässigem Druck auf die pulsirende Vorwölbung giebt der Kranke an, einen stechenden Schmerz im Kopfe und Schwindel zu empfinden.

Der Percussionsschall ist im vorderen Schädelantheil linkerseits sonorer, ebenso über der linken Schläfegegend und über dem Jochbogenfortsatz.

Bei Position der Stimmgabel auf die Scheitelhöhe ist der Ton in der linken Stirngegend oberhalb der Linea semicircularis bis zur Coronarnaht lauter als rechts, weiter nach rückwärts hört die Differenz auf. Wenn man jedoch hinten an den Rand des Knochendefectes kommt, wird der Schallunterschied wieder zu Gunsten der linken Seite immer deutlicher und über dem Knochendefect selbst besteht eine sehr grobe Differenz derselben Art. Ebenso ist der Schall auch in dem Gebiete der Narben hinter dem linken Ohr lauter als an den entsprechenden Stellen rechts. Ueber der Schläfeschuppe jedoch und über dem Jochbein ist der Schall umgekehrt rechterseits lauter als links.

Die Lidspalten zeigen beim Blick nach unten ein minimales Zurückbleiben, doch ist dieser Befund nicht constant; es besteht keine Augenmuskelparese, kein Nystagmus, die linke Pupille ist enger als die rechte, die Reaction auf Licht links prompt, rechts um ein Geringes weniger deutlich, die Accommodationsreaction ohne nennenswerthen Unterschied, der Augenhintergrund normal.

Im linken unteren Facialis besteht eine leichte Parese für willkürliche Bewegungen, weniger für mimische. Die Zunge weicht beim Vorstrecken etwas nach links ab, das linke Gaumensegel steht etwas tiefer. Der Rachenreflex ist deutlich, die Austrittspunkte des Trigeminus sind leicht druckschmerzhaft.

Von Seiten der Ohren besteht rechterseits eine eingezogene Narbe des Trommelfells in der Steigbügelgegend und linkerseits ist als Abschluss des äusseren Gehörganges eine gut übersichtliche, vollständig epidermisirte, glatte Höhle zu sehen. Das Hörvermögen ist rechterseits relativ gut, links wird

Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Flüstersprache garnicht, die Stimmgabel jedoch bei Knochenleitung deutlich gehört.

Sonst ist nirgends an den Hirnnerven etwas Krankhaftes nachweisbar.

An den oberen Extremitäten besteht kein Tremor, nur eine leichte Ataxie, links mehr als rechts. Die Sehnen- und Periostreflexe sind auslösbar und beiderseits gleich.

Die Bauchhaut- und Cremasterreflexe sind normal.

Der Kniesehnenreflex ist rechts gesteigert, links nur mit Kunstgriffen zu erzielen und wesentlich schwächer. Der Achillessehnenreflex verhält sich umgekehrt, links deutlicher als rechts, doch besteht kein Fussklonus. Der Tibiopériostreflex ist beiderseits gleich, kein Oppenheim'scher, kein Strümpell'scher Reflex.

Beim Kniehakenversuch tritt keine Ataxie auf. Bei Intentionsbewegungen des linken Beines ist ein leichter Tremor zu sehen.

Die Bauchmuskeln werden beim Aufrichten aus der liegenden Stellung gut innervirt, doch gelingt das Aufrichten nur mit Zuhülfenahme der Hände. Bei freiem Sitzen und Rumpfwendungen um die Längsachse schwankt Pat. sehr grob, ebenso bei Rückwärtsbeugen und droht dabei, vom Sessel zu stürzen.

Der Tonus der Muskulatur ist an den unteren Extremitäten herabgesetzt. Bei aufrechtem Stehen ist auffällig, dass die Oberschenkelmuskulatur sehr schlaff ist, während die Unterschenkelmuskeln sich kräftig contrahiren und einen beträchtlichen Tonus zeigen.

Eine Reihe von Nervenstämmen ist angeblich sehr druckschmerzhaft, so die Gegend der beiderseitigen oberen Halsdreiecke, der linke Medianus, die Austrittspunkte des Ischiadicus und noch verschiedene andere Nervenstämme.

Die Sensibilität ist am ganzen Körper sowohl bezüglich der Haut als der tieferen Gewebsarten in jeder Richtung vollkommen intact. Von Seiten der inneren Organe, Lungen, Herz, Abdomen ist nirgends ein pathologischer Befund zu constatiren, der Puls ist nicht verlangsamt, nicht stärker gespannt, von mittlerer Füllung. Die Harnuntersuchungen fielen durchweg negativ aus.

Wiederholte Untersuchungen des Kranken zeigten einen Wechsel in den Symptomen, besonders bezüglich der Intensität des taumelnden Ganges und der Unfähigkeit, bei freiem Sitzen die Rumpfbalance zu erhalten. Es war untrüglich, dass ein wesentlicher Theil dieser Symptome functioneller Art war. Dasselbe galt auch bezüglich der Herabsetzung des linken Kniesehnenreflexes, denn bei einigen Untersuchungen wurde die früher notirte Differenz lange nicht in dem Ausmaasse, wie ursprünglich constatirt. Pat. gehört zu der Sorte von Kranken, welche ein besonderes Interesse an ihrer Krankheit haben, von einer Klinik zur anderen ziehen und auf diese Weise ihren Lebensunterhalt zu finden suchen. Da mein Interesse gegenwärtig in dem Falle weniger darauf gerichtet ist, zu erkennen, in wie weit wirklich anatomische Läsionen dem Functionsausfalle zu Grunde liegen, sondern sich vorwiegend auf die Aenderung der physikalischen Verhältnisse am Schädel richtet, kann ich davon absehen, zu entscheiden, wieviel von den Symptomen Artefact oder sonst functioneller Art waren.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zusammenfassung. Bei einem sonst gesunden Patienten wurde wegen einer eitrigen Erkrankung des linken Ohres mehrfach operirt und zwar zunächst der linke Warzenfortsatz blossgelegt und zum Theil entfernt. In Folge bedrohlicher Symptome, die auf das linke Kleinhirn wiesen, wurde später in dessen Gebiet eine breite Trepanationsöffnung gesetzt und die Stelle unter Weglassung des Knochens verschlossen. Bei der gegenwärtigen Untersuchung fanden sich Symptome, die im Wesentlichen in Gleichgewichtsstörungen bestanden, und auf einen Ausfall von Kleinhirnfunctionen bezogen werden mussten.

Die Schallleitungsuntersuchung ergab einen sehr marcanten Unterschied zu Gunsten der linken Seite und zwar am deutlichsten an der Stelle des grossen Knochendefectes über dem linken Kleinhirn.

Fall VIII.

O. P., Schuhmachermeister, 36 Jahre alt, verheirathet, aufgenommen am 1. Januar 1906. Nervenklinik Halle.

Anamnese. In früherer Zeit will Patient nie erheblich krank gewesen sein, 1894 acquirirte er eine luetische Infection. Eine antiluetische Behandlung wurde zunächst nur unvollkommen durchgemacht. Bis zum Jahre 1900 fühlte er sich vollkommen wohl, irgend welche luetische Erscheinungen sollen nicht mehr aufgetreten sein. In diesem Jahre stellten sich anfallsweise eigenthümliche Empfindungsstörungen der rechten Körperseite mit besonderer Bevorzugung der oberen Extremität ein, in der ersten Zeit nur in grösseren Intervallen, später häufiger auftretend. Zu einer motorischen Parese kam es nicht. Auf ärztlichen Rath machte er damals wieder eine Schmiercur, brach sie jedoch wegen Stomatitis sehr bald wieder ab. Im Jahre 1902 konnte er noch ohne nennenswerthe Beschwerden eine militärische Uebung mitmachen, bemerkte beim Exerciren nur, dass die rechte Fussspitze leicht am Boden hängen blieb. In den folgenden Jahren entwickelte sich sehr allmählich eine stets zunehmende Schwäche im rechten Bein, später auch an der rechten oberen Extremität. Der Grad der Parese soll wechselnd gewesen sein und nie sehr hochgradig, so dass er bis in die letzte Zeit sein Handwerk ausüben konnte. Seit dem Frühjahr des Jahres 1904 trat unter sehr geringen Schmerzen eine Schwellung in der linken Parietalgegend auf, die sich unter langsamem Wachsthum bis zu Kinderfaustgrösse entwickelte. Eine dritte antiluetische Behandlung mit Injectionen wurde im Jahre 1904 vorgenommen. Im Herbste dieses Jahres stellte sich ohne weitere Vorboten ein Anfall von heftigen clonischen Zuckungen im rechten Arm ein, $1^1/_2$ Jahr später wiederholte sich ein gleicher Anfall, das Bewusstsein blieb dabei vollkommen erhalten. Seither haben sich die Anfälle wiederholt und sind in letzter Zeit etwa 3—4 mal in der Woche mehrmals am Tage wiedergekehrt.

Zu schweren allgemeinen Krämpfen und Bewusstseinsstörungen kam es nie. Eine Aura fehlte vor dem Einsetzen der Anfälle. Von Parästhesien beobachtet Patient auf der ganzen rechten Körperseite nichts mehr. In der linken Gesichtshälfte sollen mehrmals täglich leichte Empfindungsstörungen von Krib-

Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

beln auftreten. Im Allgemeinen fühlt sich Patient vollkommen wohl, die Schmerzen, welche von Seiten der Geschwulst bestehen, werden als geringfügig bezeichnet.

Status. Patient hat im Allgemeinen guten Ernährungszustand, ist ein kräftig gebauter Manu, zeigt keinerlei Missbildungen; an der Haut und am Skelette nichts Pathologisches.

Der Schädel ist symmetrisch; in der linken Parietalgegend erhebt sich über dem hinteren Antheile des Scheitelbeines eine gut $1^1/_2$—2 cm emporragende Geschwulst, über welcher die Haut vollkommen unverändert und verschieblich ist. Die Geschwulst ist hart, fest und unverschieblich. Nahe ihrem vorderen unteren Rande ist eine leichte Delle zu tasten, die etwas stärker druckschmerzhaft ist, als die sonst wenig empfindliche Geschwulst. Der Schädel ist im Allgemeinen weder druck- noch percussionsschmerzhaft.

Der Percussionsschall ist über der Geschwulst etwas tiefer und sonorer, allerdings kann wegen der Schmerzen, die bei starker Percussion entstehen, nur leise percutirt werden. Die Auscultation des Percussionstones aus der Medianlinie her lässt über der Geschwulst, sowie beim Percutiren in der nächsten Umgebung derselben, namentlich dann, wenn die Geschwulst zwischen Stethoskop und der percutirten Stelle liegt, eine Dämpfung des Tones erkennen.

Wenn man dicht neben dem percutirenden Finger auscultirt, ist der Ton wieder über der Geschwulst und deren Umgebung, besonders an einzelnen Stellen der Geschwulst, sonorer und tiefer als an entsprechenden Stellen der rechten Schädelseite.

Der fortgeleitete Stimmgabelton wird über der Geschwulst, sowie dicht vor und unter derselben bis in die Temporalgegend herab links besser gehört. Etwas weiter nach vorn von der Geschwulst und etwa 3 cm von der Medianlinie entfernt tritt ein kleineres Gebiet schlechterer Schallleitung für die linke Seite auf. Das Gebiet hellt sich jedoch allmählich vollständig auf, so dass auf der Temporalseite der Stirne wieder linkerseits etwas lauterer Ton gehört wird. Ueber dem Jochbeine und über dem Gesicht besteht kein Unterschied. Bezüglich der Stellung der Stimmgabel muss noch erwähnt werden, dass sie im gegebenen Falle etwas weiter nach vorn in der Medianlinie aufgesetzt werden musste, als es gewöhnlich der Fall ist, weil in der Nähe der sonst gewählten Stelle die Geschwulst bis dicht an die Medianlinie heranreicht. Im hinteren Antheile der Geschwulst, sowie an den Stellen dicht hinter derselben (eine Stellung, wobei die Geschwulst zwischen Stimmgabel und Otoskop zu liegen kommt) ist der Ton links schlechter als rechts. Weiter nach hinten zu gleicht sich der Unterschied wieder vollkommen aus.

Bei Position 2 hört man längs der Basis keine Differenz, über dem Cranium bestehen dieselben Unterschiede wie bei der ersten Stellung, doch in wesentlich geringerem Grade.

Der Stimmfremitus wird über der Geschwulst, also linkerseits besser gehort, als über der entsprechenden Stelle rechts, der Unterschied ist jedoch nicht grob und bei weitem nicht so auffällig wie die Differenz des Stimmgabeltones.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:25 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Temporalgefässe sind beiderseits etwas geschlängelt, die Venen treten nirgends stärker hervor.

Der Facialis ist in seinen beiden unteren Aesten rechterseits paretisch; bei mimischer Innervation tritt der Unterschied noch deutlicher hervor als bei willkürlicher. Die Zunge weicht beim Vorstrecken etwas nach rechts ab. Im Gesichte und auch sonst im Kopfbereiche bestehen keine Druckpunkte.

Augen: Pupillen gleich, Pupillenreactionen vollkommen gut, es besteht beiderseits Stauungspapille, links etwas mehr als rechts, mit Exsudation und beginnender Atrophie.

Sonst finden sich an den Hirnnerven durchaus normale Verhältnisse. Die rechte obere Extremität wird beim Gehen ganz leicht in der für hemiplegische Paresen charakteristischen Stellung gehalten; für Willkürbewegungen sind jedoch keine gröberen Störungen zu finden. Nur bei eingehender Prüfung auf Lagegefühl und Tastvermögen treten unverkennbare leichtere Paresen dieser Empfindungsart zu Tage. Die Reflexe (Triceps, Periost und die directen Muskelreflexe) sind rechts deutlich lebhafter als links. Ataxie fehlt. Beim Vorhalten zeigt die rechte Hand nur einen ganz minimalen Tremor.

Die rechte untere Extremität ist deutlich nach hemiplegischem Typus paretisch. Der Kniesehnenreflex und Achillessehnenreflex ist rechts deutlich gesteigert, es besteht rechts ein mässig deutlicher Fussclonus. Auch an der unteren rechten Extremität finden sich die Erscheinungen einer leichten Lagegefühlsstörung; ausserdem ist hier noch eine geringe Ataxie nachweisbar.

Der rechte untere Bauchhautreflex ist schwächer als linkerseits, der rechte Cremasterreflex fehlt. Im Uebrigen sind die Hautreflexe durchwegs normal. Von Sensibilitätsstörungen ist noch zu erwähnen, eine leichte Hypästhesie für alle Qualitäten in den beiden Ulnarisgebieten und in der Mamillargegend.

Die Harnuntersuchung war negativ, kein Fieber.

Aus dem Verlaufe der Erkrankung ist zu berichten, dass während des hiesigen Aufenthaltes in der ersten Zeit einige typische Jackson's epileptische Anfälle mit Zuckungen in der rechten oberen Extremität auftraten ohne Bewusstseinsverlust, ohne Sprachstörungen und dergl.

Der Zustand änderte sich nach einer systematischen combinirten antiluetischen Behandlung bezüglich des oben geschilderten Befundes nur insoweit, dass die Ataxie schwand, ebenso der leichte Tremor und dass die Lagegefühlsstörungen und die Tastparese eringer wurde. Der locale Befund blieb jedoch vollkommen unverändert.

Auf Grund der vorliegenden Symptome wurde bei dem Patienten eine Knochengeschwulst wahrscheinlich luetischer Art angenommen, welche nach unten zu mit der Dura verwachsen war und sich beträchtlich nach innen zu ebenso wie nach ausson vorwölbte. Für die Verwachsung mit der Dura sprach unter Anderem das Lauterwerden des Stimmgabeltones über der Geschwulst, obwohl sich diese, wie schon erwähnt, nach aussen zu um etwa 2 cm vorwölbte. Bei der so beträchtlichen Dicke des Knochens konnte das Lauterwerden nur durch eine derartige Verwachsung mit der Dura erklärt werden, weil sonst gerade das Umgekehrte, ein Leiserwerden des Tones, hätte auftreten

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

müssen. Gegen den primären Sitz der Geschwulst im Gehirne sprach die Anamnese und die geringen klinischen Ausfallssymptome.

Zum Zwecke der Entfernung der Geschwulst unterzog sich Patient Mitte April 1906 einer Operation in der hiesigen chirurgischen Klinik, durch Herrn Prof. Haasler. Es fanden sich folgende Verhältnisse an der Geschwulst: Sie stellte eine breite, manschettenknopfartig durch das Cranium gehende mit der Dura eng verwachsene, stellenweise erweichte Knochengeschwulst dar, die mikroskopisch für eine harte gummöse Neubildung angesprochen werden musste. Der breite zur Dura reichende Stiel hatte etwas über 2 cm Durchmesser und konnte stumpf von der Dura abgehoben werden. Dabei blieb jedoch noch eine Schicht von knöcherner Geschwulstmasse auf der Dura zurück.

Wegen beträchtlicher Blutung musste die Operation in diesem Stadium sistirt werden, und da der grösste Theil der Geschwulst entfernt war, wurde angenommen, dass durch den Gehirndruck in späterer Zeit die in der Tiefe liegenden Knochenreste in entsprechendes Niveau mit dem Schädel gehoben werden. Die Dura wurde nicht eröffnet, es konnte daher ihr Verhalten zu den weichen Hirnhäuten und dem Gehirne nicht aufgeklärt werden. Die Verheilung der Operationswunde erfolgte in entsprechender Weise. In der nächsten Zeit nach der Operation änderte sich die leichte rechtsseitige Parese nicht, auch sonst blieb das klinische Bild unverändert. In späterer Zeit nach vollkommener Resorption der frischen Narbe hatte ich keine Gelegenheit mehr, den Patienten zu untersuchen.

Der Befund bei der Operation ist vor allem insoweit von Interesse, als die aus dem Schallbefund angenommene innige Verlötung der Geschwulst mit der Dura vollkommen bestätigt wurde.

Zusammenfassung: Patient kommt 12 Jahre nach einer luetischen Infection zur Beobachtung. In den letzten 6 Jahren stellten sich anfallsweise, zunächst in Form von Paraesthesien und später in Form motorischer Reizerscheinungen (Jackson's epileptische Krampfanfälle) Herdsymptome ein. Erst in der letzteren Zeit kam es zu einer rechtsseitigen Hemiparese, welche die untere Extremität mehr betraf, als die obere. Gleichzeitig entwickelte sich langsam unter geringen Schmerzen eine Geschwulst in der linken Parietalgegend. Status: Harte Knochengeschwulst des Scheitelbeins, Stauungspapille, leichte rechtsseitige Facialisparese, sehr geringe Parese motorischer Art der rechten oberen, deutlichere der rechten unteren Extremität. Leichte Lagegefühls- und Tastparese der rechten oberen und unteren Extremitäten. Percussionston über der Geschwulst etwas sonorer, Auscultationston deutlich besser. Diagnose: Knochengeschwulst des rechten Scheitelbeins mit Verwachsung der Dura. Operation: Bestätigung der klinischen Diagnose.

Fall IX.

Ursula P., 43 Jahre, Fabriksarbeiterin; aufgenommen 5. August 1903 Nervenklinik Graz. Anamnestisch wurde nur in Erfahrung gebracht, dass

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Patientin in der Kirche bei einem grösseren Gedränge umfiel und mit dem Kopfe auf ein Steinpflaster aufschlug. Früher soll sie gesund gewesen sein.

Status: Sie ist bei der Aufnahme in einem schwer benommenen Zustande, reagirt auf Anrufe nur mit unarticulirtem Stöhnen, wälzt sich im Bette hin und her, zeigt eine Temperatursteigerung von 38 Grad, der Puls ist klein, irregulär, aus dem linken Ohre entleert sich in geringen Mengen Blut. Eine genaue Untersuchung konnte bei der unruhigen, sehr schwer zugänglichen Kranken erst am nächsten Tage gemacht werden. Es fiel auf, dass sie mit Vorliebe rechte Seitenlage einnahm und immer wieder in dieselbe zurückkehrte, wenn sie trotz Widerstrebens nach links gelegt wurde. Sie griff wiederholt zum Kopfe, sodass es den Anschein gewann, dass lebhaftere Kopfschmerzen bestanden. In der Gegend des linken Auges und der linken Schläfeseite bestand eine ausgedehnte blutige Suffusion. Incontinentia urinae et alvi. Der Schädel ist symmetrisch, auf Beklopfen linkerseits schmerzhaft in der unteren Schläfegegend und Warzenfortsatz besonders deutlich; in derselben Gegend lässt sich auch eine leichte Schwellung tasten. Die Pupillen sind gleich, reagiren auf Licht und Accommodation, die Augenbewegungen sind frei, der Conjunctivalreflex ist vorhanden. Am Augenhintergrund besteht eine beiderseitige mässig deutliche Neuritis und Hyperämie, leichtes Verstrichensein der Papillengrenzen, links mehr als rechts, keine Niveaudifferenz. Das Geruchsvermögen ist beiderseits erhalten. Der Trigeminus ist motorisch und sensibel intact, die Zunge wird gerade vorgestreckt. Eine Innervationsstörung im Facialis konnte zunächst nicht constatirt werden, dabei muss erwähnt werden, dass die Kranke während der Untersuchung immer noch in mässig tiefbenommenem Zustande und ein sprachlicher Verkehr sehr erschwert war.

Am linken Ohre fand sich eine Perforation des Trommelfelles vorne unten, und neben Blutresten am äusseren Gehörgang Eiter im Mittelohre. Rechterseits normaler Befund.

Dar Schlingact gelingt gut, der Gaumenreflex und Rachenreflex vorhanden.

Eine Störung in der Innervation der rechten im Vergleich zur linken Körperseite konnte nicht constatirt werden. Die Sehnen- und Periostreflexe an den oberen Extremitäten waren nicht different. Die Kniesehnen- und Achillessehnenreflexe rechts clonisch, links weniger stark gesteigert. Der Bauchdeckenreflex fehlte rechterseits, links war er vorhanden. Der Fusssohlenreflex beiderseits in normaler Art auslösbar. Auf Nadelstiche reagirt Patientin mit entsprechenden Greifbewegungen nach der betreffenden Stelle. Beim Gehen fällt eine stärkere Lordose auf und Zehenspitzengang. Dabei suchte sie mit den Händen nach Unterstützung in der Umgebung. Taumeln oder Schwanken nach einer bestimmten Seite fehlt. Die Wirbelsäule ist auf Druck nicht schmerzhaft. Während des Gehens wird Patientin soweit attent, dass sie spontan der Situation entsprechende Wünsche äussert. Die Worte sind dabei wohl gebildet und zeigen keinerlei Sprachstörung. Eine genaue Untersuchung der Sprache konnte nicht vorgenommen werden, weil Patientin alsbald wieder in einen unzugänglichen Zustand verfiel.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von einer genauen Prüfung der Schallleitungsverhältnisse wurde zunächst wegen der Schwellung in der linken Schläfeseite abgesehen, weil angenommen wurde, dass die Dämpfung des Tones, welche durch die Schwellung hervorgerufen wird, die Schallprüfungsresultate so sehr beeinflussen werde, dass sie keinen Anhaltspunct für die krankhaften Veränderungen erlauben würde, soweit dieselben durch intracranielle pathologische Veränderungen bedingt waren. Dazu kam noch die Schwierigkeit in der Durchführung der Untersuchung bei der stets mehr oder weniger unruhigen Kranken.

Das Krankheitsbild blieb zunächst stationär in einem schweren Zustande von verschieden tiefer Benommenheit und Unruhe der Kranken unter Temperatursteigerung bis über 39. Aus dem linken Ohre entleerte sich verhältnissmässig viel Eiter.

Nachdem eine vollständige Abschwellung der linken Schädelseite zu Stande gekommen war, konnte man in der Gegend der ersten Temporalwindung eine schief, nach hinten, unten ziehende Knochenimpression tasten, die jedoch nicht grob ausgesprochen war. Die ganze Umgebung der Impression bis auf weitere Entfernungen davon deutlich druckschmerzhaft, auch die Vibration der aufgesetzten Stimmgabel wurde als schmerzhaft bezeichnet. Beim Weber'schen Versuche localisirte Pat. den Ton deutlich nach links. Eine Prüfung des Rinne'schen Versuches blieb unsicher.

Der fortgeleitete Stimmgabelton war links in der unteren Temporalgegend, in der Gegend der Impression und nach vorne zu über dem Jochbein und Warzenfortsatz schwächer als rechts, oberhalb der Linea semicircularis besser.

In diesem Stadium der Erkrankung wurden deutliche aphasische Störungen nachgewiesen.

Zu dem früher erwähnten Befunde ist nur noch hinzuzufügen, dass sich eine linksseitige periphere Facialisparese entwickelte.

Auf Grund des vorstehenden Symptomencomplexes, Eiter aus dem linken Ohre, Neuritis optica, Aphasie, Steigerung der Sehnenreflexe in der rechten Körperseite, Fehlen der Bauchhautreflexe rechts, Benommenheit von wechselnder Intensität, wurde angenommen, dass sich an die Schädelfractur eine Meningitis angeschlossen habe und, da der Zustand der Patientin ein sehr bedrohlicher war, den Angehörigen ein operativer Eingriff empfohlen. Da diese denselben jedoch ablehnten, musste das conservative Verhalten fortgesetzt werden. Für eine locale Ausbreitung des angenommenen meningitischen Processes sprach der Umstand, dass die allgemeinen Symptome von Benommenheit schwanden, während die erwähnten Herdsymptome und das Fieber trotz reichlichen Ausflusses aus dem Ohre erhalten blieben.

Aus dem Verlauf der Erkrankung ist zu berichten, dass die Eiterung aus dem linken Ohre sistirte und dass die beträchtliche Druck- und Percussionsschmerzhaftigkeit der linken Schläfegegend verhältnissmässig bald schwand und zwar schon zu einer Zeit, wo nicht angenommen werden konnte, dass die Fractur verheilt war. Von körperlichen Symptomen blieb nur die Aphasie constant, während die Steigerung der Reflexe an der rechten Körperseite, sowie der Verlust der Bauchhautreflexe schwanden. Nach 4wöchentlichem Aufent-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

halte wurde Patientin bis auf die aphasischen Erscheinungen als geheilt entlassen.

Bei einer Untersuchung nach mehreren Monaten — ich hatte auch später noch Gelegenheit, Patientin wiederholt zu sehen — blieb der Zustand stationär. Die Aphasie wurde eher etwas stärker ausgesprochen bezüglich des Wortverständnisses. Die Schallleitungsprüfung am Schädel nach etwa $^1/_2$ Jahre ergab, dass der Ton überall auf der linken Schädelseite lauter gehört wurde als rechts, auch über den Partien, wo früher eine Herabsetzung der Tonintensität gefunden wurde (Temporalgegend und Stelle der Impression), nur war der Unterschied oberhalb der Linea semicircularis deutlicher als in der Temporalgegend. Der Percussionsschall war über der Schläfeschuppe sowie über dem Jochbein linkerseits deutlich sonorer. Es wurde also eine Veränderung im Vergleich zur Untersuchung während des acuten Krankheitsprocesses gefunden. Früher bei der frischen Fractur und der angenommenen localen Meningitis, Herabsetzung und nach vollständiger Verheilung des Processes nach mehreren Monaten Verbesserung der Schallleitung über dem Gebiete des Herdes.

Zusammenfassung. Basisfractur nach Sturz, Eiterausfluss aus dem linken Ohre, Neuritis optica links mehr als rechts, ohne Niveaudifferenz, Aphasie, Steigerung der Sehnenreflexe rechterseits, Verlust der Bauchdeckenreflexe rechts, Fieber. Anfangs schwere Benommenheit, später nur Localsymptome unter Fortbestehen des eitrigen Ausflusses und Fieber. Diagnose: Fractur des Craniums, umschriebene eitrige Meningitis, Heilung unter Zurückbleiben von Aphasie. Der fortgeleitete Stimmgabelton während der Höhe der Krankheit links über dem Herde schwächer, später nach mehreren Monaten umgekehrt links lauter als rechts.

Fall X.

Josef H., Maurer, 55 Jahre, aufgenommen 1. October 1903, medicinische Klinik Graz.

Anamnese: Einige Tage vor der Aufnahme in das Spital soll Patient anfallsweise auftretende Bewusstseinsstörungen gezeigt haben, während welcher er vollkommen desorientirt gewesen sein soll, um sich schlug, laut schrie, sich auf dem Boden wälzte und dergl. Nachher habe er sich sehr matt gefühlt, erinnerte sich an keine Vorkommnisse während des Anfalles. Früher soll er stets gesund gewesen sein, habe nur über verschiedentliche Verdauungsbeschwerden geklagt; mässiger Potus wird zugestanden. Ob Patient eine schwere Kopfverletzung oder ein anderes Trauma erlitten hat, ist nicht festzustellen.

Ich konnte den Patienten erst am zweiten Tage seines Spitalaufenthaltes auf der medicinischen Klinik untersuchen und entnehme der Krankengeschichte der medicinischen Klinik die Schilderung des Zustandes während des ersten Tages: Patient ist kräftig gebaut, zeigt reichlichen Paniculus adiposus und gute Muskulatur. Die Haut ist stärker geröthet und namentlich im Kopfbereiche mässig cyanotisch. Das Sensorium ist stark getrübt; er erkennt die Personen seiner Umgebung nicht, gebärdet sich sehr unruhig, schlägt nach

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Personen, die an sein Bett treten. Dabei ist auffällig, dass er vorwiegend die rechte obere Extremität gebraucht, während die linke meist passiv liegen bleibt.

Der Schädel ist symmetrisch; beim Beklopfen desselben äussert er beiderseits durch lautes Aufschreien Schmerzen.

Die Augen sind geschlossen; bei passivem Oeffnen der Lider ist die Blickrichtung meist nach links gewendet, die Pupillen sind enge und reagiren nur wenig auf Licht, der Augenhintergrund ist frei.

Der linke Facialis ist leicht paretisch, der Mund wird gewöhnlich sehr fest geschlossen gehalten und es erfolgt in kurzen Pausen immer Zähneknirschen. Die Schilddrüse ist vergrössert, die Carotiden pulsiren beiderseits gleich und sehr lebhaft. Die Athmung zeigt Chaine-Stokes-Typus. Ueber den unteren Partien der Lunge ist beiderseits verschärftes Athmungsgeräusch, sowie mittel- und grossblasiges Rasselgeräusch zu hören. Die Herzdämpfung ist nach rechts etwas verbreitert, an allen Ostien sind die Töne dumpf, doch ohne Geräusche. Der Puls ist voll, rhythmisch, gut gespannt, bis 66 in der Minute. Die Radialis ist nicht arterio-sclerotisch. Die Leber- und Milzdämpfung sind nicht verbreitert. Die Bauchhautreflexe beiderseits gleich, die Kniesehnenreflexe und Achillessehnenreflexe nicht auffallend gesteigert und rechts gleich links. Der Urin wird ins Bett entleert, hat ein specifisches Gewicht von 1032; weder Eiweiss noch Zucker nachweisbar. Keine Temperatursteigerungen.

Am nächsten Tage befand sich Patient in soporösem Zustand, das Gesicht war stark cyanotisch, die Temporalis deutlich geschlängelt, stark gefüllt. Die Venen im Kopfbereiche nicht wesentlich erweitert, besonders auch nicht in der Stirn- und Scheitelgegend. Es bestand keine Differenz zwischen links und rechts.

Die Percussion des Schädels ergiebt eine deutliche Schalldifferenz und zwar ist der Schall rechterseits im Bereiche des Fusses der zweiten Stirn- und der vorderen Centralwindung kürzer als über der entsprechenden Stelle links.

Die Auscultation der Schallleitung lässt den Stimmgabelton auf der Seite des kürzeren Percussionstones, also rechts, in einem umschriebenen Gebiete besser hören als links, die umschriebene Stelle liegt mit ihrem Centrum etwas weiter nach hinten und oben als diejenige, welche mittelst der Percussion abgegrenzt werden konnte. Nach hinten reicht das Gebiet bis über die Gegend der hinteren Centralwindung, ist etwa 5 cm lang von vorne nach hinten, und 4 cm breit. Eine weitere Schalldifferenz wurde nicht gefunden, doch konnte die Untersuchung in Position II aus Schonungsrücksichten für den schweren Allgemeinzustand des Kranken nicht durchgeführt werden.

Die Conjunctiven sind beiderseits stark injicirt, die Bulbi machen beständig pendelnde Bewegungen in der Horizontalebene, die Pupillen sind mittelweit und reagiren nicht auf Licht; ebenso fehlt der Conjunctivalreflex. Der linke Mundfacialis ist etwas verstrichen, die linke obere Extremität fällt schlaff herunter, wenn sie passiv gehoben wird, während sich die rechte lang-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

samer senkt. Die Beine sind beiderseits in mässigem Tonus gestreckt und leisten gegen passive Bewegungen Widerstand. Geruchseindrücke werden reactiv nicht beantwortet, ebensowenig leichtere Nadelstiche im Gesichtsbereiche. Der Rachenreflex ist nicht auslösbar, der Mund ist so wie früher, fest verschlossen, muss mit Gewalt geöffnet werden. Während Patient früher Flüssigkeit gut schluckte, ist der Schlingact gegenwärtig nicht hervorzurufen. Bei dem schwer benommenen Zustande des Kranken lassen sich sonst keine Störungen an den Hirnnerven nachweisen.

Die Sehnenreflexe fehlen sowohl an den oberen als an den unteren Extremitäten; die Bauchhautreflexe ebenso, die Fusssohlenreflexe sind auslösbar.

In der Lumbalflüssigkeit fanden sich viele rothe Blutkörperchen, die fast durchwegs Stechapfelform zeigten und ausserdem einzelne braunrothe Schollen. Die abgelassene Flüssigkeit hatte eine leicht gelbliche Farbe, ohne direct blutig auszusehen.

Es traten Temperatursteigerungen bis zu 39° und später bis zu 40° ein, die Temperaturcurve zeigte eine continuirliche Steigerung der Temperatur.

Der Befund der Cerebrospinalflüssigkeit bestätigte die Vermuthung, dass es sich um eine Blutung im Schädelinnern handle. Für den Sitz der Blutung konnten nur wenig Anhaltspunkte gefunden werden. Die Parese des linken Facialis und der linken oberen Extremität wies auf die Centren dieser Gebiete hin, doch waren sehr wenig Kriterien zu finden, in welcher Tiefe des Gehirns die supponirte Blutung sitzen sollte. Die anfangs beobachtete lebhafte Schmerzreaction des Kranken bei Beklopfen des Schädels, die umschriebene Percussionsdifferenz, welche mit der Localisation in der Gegend des Centrums für den linken Arm übereinstimmte, liessen die Vermuthung gerechtfertigt erscheinen, dass es sich um eine Oberflächenblutung des Gehirns, vielleicht um ein subdurales Hämatom handle. Der Befund der Schallleitung am Schädel stand mit dieser Annahme im Einklange. Es fand sich eine bessere Schallleitung in dem fraglichen Gebiete, nur lag der auf diese Weise gefundene Bezirk etwas weiter nach hinten und oben. Bei dem schweren Allgemeinzustand des Kranken wurde als Indicatio vitalis eine Trepanation zum Zwecke der Entfernung eines eventuellen subduralen Hämatoms vorgeschlagen und diese durch Herrn Prof. v. Hacker ausgeführt.

Ich entnehme aus der Beschreibung der Operation der chirurgischen Klinik folgende Aufzeichnungen: Mittelst Craniometer wurde genau der Fuss der zweiten Stirnwindung bestimmt und an dieser Stelle nach einem Einschnitt durch die Haut und Ablösung des Periostes mit dem Trepan eine Oeffnung gemacht. Es wurde nun ein Wagner'scher Knochenlappen mit der Basis von 3 cm nach oben und einer Höhe von beiläufig 5 cm gebildet. Die blossgelegte Dura zeigte keine Pulsation und war bläulich verfärbt. Nach Eröffnung der Dura findet sich im hinteren Antheil der blossgelegten Stelle im Subduralraum und in den weichen Hirnhäuten ein ca. 2 Markstück grosser flacher Blutaustritt, dessen hintere Grenze im Subduralraum nicht genau bestimmt werden konnte.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das geronnene Blut wurde soweit als möglich entfernt und hierauf die Operationswunde geschlossen.

Pat. kam aus seinem tiefen Sopor nicht heraus und starb um 4 Uhr früh des nächsten Tages.

Die Obduction, welche Tags darauf durch H. Prof. Eppinger vorgenommen wurde, ergab folgendes: Das Schädeldach ist dick und compact, die Dura fest adhärent und rings um die Trepanationsöffnung mit einer frischen Blutschicht bedeckt, die Pia der Convexität nur wenig gespannt, stark verdickt, getrübt und im ganzen ziemlich blutreich. Die linke Grosshirnhemisphäre ist etwas schmaler als die rechte; an der letzteren findet sich entsprechend der unteren Hälfte beider Centralwindungen und einschliesslich der hinteren Enden der Stirnwindungen an der Pia selbst und unter ihr ein grösseres aus dunklem geronnenem Blute bestehendes Infiltrat, in dessen nächster Nachbarschaft die Gefässe vollkommen durchgängig sind. Gegenüber dieser Stelle liegt hinter dem Operationsdefect der Dura noch ein etwa 2 mm dickes, der Dura fest anhaftendes, älteres Hämatom und ausserdem ein eben solches schmal, zungenförmig, zu beiden Seiten des Sinus longitudinalis nach rückwärts bis zum Hinterhauptsbein reichend. Die Configuration der Gyri an der Convexität ist entsprechend. In der mittleren rechten Schädelgrube ist die freie Fläche der Dura mit frischem, halbflüssigem Blute in dünner Schicht bedeckt und ebenso die Pia an der Basis des Schläfelappens. An der Basis ist die Pia im ganzen etwas verdickt und getrübt. Die basalen Gefässe sind etwas rigid; die Arteria basilaris setzt sich in die rechte Vertebralis fort, die linke Vertebralis ist nur fadendünn. Aus dem übrigen Obductionsbefund erwähne ich nur, dass ein primäres Pancreascarcinom mit Metastasen in der Leber und in den retroperitonealen Lymphdrüsen gefunden wurde. Ausserdem bestand beiderseitige Pneumonie.

Zusammenfassung. Bei einem Manne, der angeblich nur mässiger Potator war, hatte sich innerhalb weniger Tage ohne bekannte Veranlassung ein schweres Krankheitsbild entwickelt: Zunächst Anfälle von Desorientirtheit mit groben motorischen Aeusserungen (Schlagen und Umherwälzen auf dem Boden, Aggressionen gegen die Umgebung), dann dauernde Benommenheit und Zurücktreten der motorischen Reizerscheinungen, schlaffe Lähmung der linken oberen Extremität und Parese des linken Facialis. Augenhintergrund frei, conjugirte Blickrichtung nach links. Percussionsschall über dem hintern Ende der zweiten Stirnwindung und über der vorderen Centralwindung rechts kürzer. Ueber derselben Gegend, doch mit dem Centrum weiter nach hinten, fand sich bei der Auscultation ein umschriebenes Gebiet besserer Schallleitung. Die Cerebrospinalflüssigkeit durch Lumbalpunction gewonnen, ergab einen für intracranielle Blutung charakteristischen Befund. — Diagnose: Subdurales Hämatom. Die genauere Bestimmung des Sitzes geschah nach dem im Vordergrund stehenden Herdsymptom und wurde in das Gebiet des Armcentrums verlegt. Die Trepanation wurde im vorderen Antheil der durch die Auscultation des Stimmgabeltons bestimmten Gegend vorgenommen. Befund: Dünneres, subdurales Hämatom und Blutungen in Arachnoidea und Pia im

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hinteren Antheil des Operationsfeldes. Exitus. Bei der Obduction entsprach der Sitz der subduralen und leptomeningitischen Blutung genau dem Sitze, welcher mittelst der Auscultation bestimmt worden war, ausserdem schmales, zungenförmiges Hämatom längs des Sinus longitudinalis und ganz frische Blutung in der mittleren Schädelgrube. Im übrigen Pancreascarcinom und Pneumonia duplex.

Fall XI.

Franz R., 41 Jahre alt, Rechnungsbeamter, aufgenommen am 5. Mai 1905, Nervenklinik in Graz. Bis zum Alter von 36 Jahren machte Patient keine erwähnenswerthen Krankheiten durch: im Jahre 1900 wurde er luetisch inficirt, liess sich jedoch nur ungenügend behandeln, 6 Tage dauernde Schmiercur. Zwei Jahre später wurde er wegen eines luetischen Recidivs mit Jod und Zittmann'schem Decoct behandelt. Im vergangenen Jahre (1904) stellten sich Schwindelanfälle und Flimmern vor den Augen ein; er erhielt nun neuerdings Jod. 6 Monate vor der Aunahme trat zum ersten Male ein kurzdauernder Ohnmachtsanfall ein, der nicht von Krämpfen begleitet war. Nach 3 Monaten wiederholte sich solch ein Anfall. 3 Wochen vor der Spitalsaufnahme empfand er zum ersten Mal bei vollem Bewusstsein einen flüchtigen Krampf mit vereinzelten Zuckungen in der rechten Hand. Solche Anfälle stellten sich in der Folgezeit immer häufiger ein und häuften sich schliesslich bis 14 an einem Tage. In der letzten Zeit betrafen die Krämpfe die ganze rechte Körperseite; das Bewusstsein will Patient nur einmal, während eines schweren Anfalles verloren haben. Etwa vor einem Jahre habe er einmal für die Dauer von 2 Tagen Sprachstörungen gehabt, welche nicht genauer charakterisirt werden können.

Status: Patient ist gross, kräftig gebaut und zeigt guten Ernährungszustand.

Der Schädel ist leicht asymmetrisch; die linke Occipitalgegend ist mehr prominent als die rechte; im vorderen Schädelantheil besteht keine sichtbare Asymmetrie.

Der Schädel ist nicht percussionsempfindlich, der Percussionsschall ist über der ganzen linken Schädelseite etwas sonorer als rechts, doch besteht nirgends an einer umschriebenen Stelle ein besonders abgrenzbarer auffälliger Unterschied zwischen einer correspondirenden Stelle der rechten Seite.

Bei Auscultation des Stimmgabeltones ergiebt sich zunächst, wenn man die Stimmgabel auf die Stelle setzt, welche gewöhnlich beim Auscultiren benutzt wurde (etwa die Stelle des oberen Endes der hinteren Centralwindungen), ein mässig starker Unterschied zu Gunsten der linken Seite und zwar nur im vorderen Antheile des Schädels ohne umschriebenes Optimum; im Ganzen ist der Unterschied am deutlichsten an der Aussenseite der linken Stirne und schwächt sich von hier nach allen Richten allmählich ab. Im geringeren Maasse besteht der Unterschied auch über dem Jochbogen und über der Fossa canina. Wenn die Stimmgabel in der Medianlinie um etwa 3 cm weiter nach rückwärts geschoben und nun auscultirt wird, so findet sich in der Gegend der hinteren Centralwindung, etwa 3—4 cm von der Mittellinie entfernt, eine

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ziemlich eng umschriebene Stelle, wo der Ton auffällig besser gehört wird als sonst an der linken Schädelseite, und an der correspondirenden Stelle der rechten Seite. Von dieser Stelle aus gleicht sich der Unterschied nach allen Richtungen wieder aus, tritt jedoch neuerdings über der linken Stirngegend deutlicher auf, wie bei der ersten Position. Wenn die Stimmgabel nach vorne von der gewöhnlichen Auscultationsstelle verschoben wird, so finden sich dieselben Verhältnisse. Bei der Stellung der Stimmgabel auf die Eminentia occipitalis superior hört man den Ton im hinteren und unteren Schädelantheile umgekehrt als bei den früheren Stellungen linkerseits schwächer als rechts. In der vorderen Schädelhälfte jedoch wieder links stärker als rechts. Letzterer Unterschied ist bei dieser Stellung deutlicher als bei den früheren. Die umschriebene Stelle an den Centralwindungen ist auch jetzt auffindbar.

Die Auscultation des Stimmfremitus über dem Schädel zeigt keinen merklichen Unterschied zwischen rechts und links; ebenso wenn man das Stethoskop an verschiedene Stellen des Schädels setzt und dicht daneben percutirt. Bei Percussion in der Medianlinie der Scheitelregion und Auscultation an verschiedenen Stellen des Schädels findet sich an derselben Stelle der Centralwindungen, die früher beschrieben wurde, ein geringer Unterschied in der Qualittät des Tones, doch ist diese Differenz unvergleichlich weniger deutlich, als bei Auscultation des Stimmgabeltones, so dass die Stelle bei Anwendung der Percussionsauscultation allein kaum gefunden werden könnte, während der Unterschied der Tonintensität der Stimmgabel ein so markanter war, dass die Stelle beim Absuchen des Schädels unbedingt gefunden werden musste. Die Differenz des Stimmgabeltones ist an dieser Stelle allerdings keine so hochgradige, wie bei Schädellücken oder Knochenerkrankungen, aber doch eine ganz erhebliche. Wenn in der Medianlinie auscultirt wird und verschiedene Stellen des Schädels percutirt werden, ergeben sich keine brauchbaren Unterschiede der Schallqualität.

Die Augenbewegungen sind frei, die Lidspalten gleich, der Conjunctivalreflex ist erhalten, die rechte Pupille eine Spur weiter als die linke und reagirt auf Licht etwas träger als diese; die Accommodationsreaction sowie die consensuelle sind vollkommen gut. Der Augenhintergrund ist normal.

Das Geruchsvermögen ist ungestört.

Im Facialis besteht rechterseits in allen drei Aesten bei mimischer Ruhe eine leichte habituelle Contractur; bei willkürlicher Innervation gleicht sich dieser Unterschied jedoch vollkommen aus.

Die Zunge zittert beim Vorstrecken ziemlich lebhaft und weicht eine Spur nach links ab.

Das Hörvermögen ist beiderseits gleich gut, der Weber'sche und Rinne'sche Versuch fallen normal aus.

Auch sonst ist an den Hirnnerven nirgends ein pathologischer Befund zu erheben.

Die oberen Extremitäten zeigen beim Vorhalten einen mässigen Tremor, rechts etwas mehr als links, der sich bei Intention verliert. Die Sehnenreflexe, die directe Muskelerregkarkeit und Periostreflexe sind beiderseits gleich.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Bauchhautreflexe, Cremasterreflexe und Fusssohlenreflexe sind ziemlich erheblich gesteigert, doch rechts gleich links.

An den unteren Extremitäten fehlt jedes Zittern und so wie an den oberen Extremitäten Ataxie oder sonstige Bewegungsstörungen. Die Kniesehnenreflexe sind leicht gesteigert, beiderseits gleich, der Achillessehnenreflex ist rechts andeutungsweise clonisch, Fussclonus nicht vorhanden.

Die Sensibilität ist am ganzen Körper in allen Qualitäten vollkommen erhalten; apraktische Störungen fehlen gleichfalls. Die Sprache ist intact.

Der Status psychicus ergiebt durchaus normale Verhältnisse.

Während der Untersuchung und in der folgenden Zeit treten eine Reihe von Krampfanfällen verschiedener Stärke auf, sie beginnen mit einem tonischen Krampf in der rechten oberen Extremität, wobei der Oberarm adducirt wird, das Ellbogengelenk leicht flectirt, die Hand etwas pronirt und ulnarwärts gebeugt, die Finger ebenfalls gebeugt namentlich in den Grundphalangen. Nahezu gleichzeitig kommt es zu einem tonischen Krampf im rechten Facialis. Nach wenigen Secunden löst sich die tonische Contractur und es beginnt ein zunächst grobschlägiges und später immer frequenteres und kleinschlägiges Zucken in der rechten oberen Extremität und dem gleichseitigen Facialis. An diesen Zuckungen betheiligt sich später auch die Schultergürtelmuskulatur und die Bauchdeckenmuskeln der rechten Seite. Die Beweglichkeit des Kopfes ist während des Anfalles vollkommen frei, die Athmung unverändert, bis auf eine leichte Beschleunigung, ebenso der Radialispuls. Das Sensorium bleibt vollkommen klar, ebenso die Sprache gut. Patient giebt während des Anfalles an, dass er garnichts anderes empfinde, als die Zuckungen in den beschriebenen Muskelgebieten. Nach Ablauf der sichtbaren Zuckungen verspürt er immer noch Zuckungen, obwohl keine solchen sichtbar sind. Nach einiger Zeit hat er plötzlich das Gefühl, dass die Zuckungen auch für ihn subjectiv vollkommen aufgehört haben. Bei der Schilderung seiner Wahrnehmungen unterscheidet er deutlich zwischen dem Sichtbarsein der Zuckungen und dem subjectiven Empfinden derselben und giebt an, dass die Anfälle manchmal so leicht sind, dass nur das subjective Empfinden der Zuckungen auftrete, ohne dass dieselben sichtbar werden.

Vor dem Einsetzen der Anfälle habe er keinerlei Sensationen, die ihm das Herannahen derselben anzeigen. Im Anschluss daran empfindet er ein unbestimmtes Gefühl von krampfhaftem Druck im Kopfe, insbesondere in der Haut desselben, sowie in der linken Orbita.

Von der Untersuchung der inneren Organe ist nur zu erwähnen, dass die Herzactionen mässig verlangsamt waren, 58 Pulsschläge in der Minute; die peripheren Gefässe leicht geschlängelt, ihre Wandungen etwas härter, der Puls etwas mehr gespannt, doch nicht auffällig voll.

Der Harn ist frei von krankhaften Veränderungen.

Aus dem Verlaufe der Erkrankung ist nur zu berichten, dass die beschriebenen Krampfanfälle unter antiluetischer Behandlung und Verabreichung von Brom allmählich vollkommen schwanden, und dass Patient 6 Wochen nach seiner Aufnahme ohne weitere Krankheitszeichen entlassen wurde.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4 Monate nach der Entlassung hatte ich Gelegenheit, den Kranken nochmals zu untersuchen. Er hatte in der Zwischenzeit eine antiluetische Therapie fortgesetzt. Krampfanfälle hatten sich seither nicht mehr eingestellt. Die objective Untersuchung konnte im Vergleich zum Befunde bei der klinischen Beobachtung keine nennenswerthen Unterschiede aufdecken.

Eine Untersuchung der Schallleitungsfähigkeit des Schädels liess noch immer dieselbe Stelle der hinteren Centralwindung links als umschriebenes Gebiet bessere Schallleitung erkennen, wenn auch der Unterschied schätzungsweise nicht so erheblich war, wie bei der ersten Untersuchung.

Zusammenfassung: Die klinische Beobachtung bot im Wesentlichen nur typische Jackson's epileptische Anfälle bei einem vor 5 Jahren luetisch inficirten, sonst gesunden Manne. Es bestanden keine sonstigen Herdsymptome in Form von Functionsausfällen oder Reizerscheinungen.

Mittelst der Percussion und noch deutlicher bei der Auscultation des Stimmgabeltones wurde an einer umschriebenen Stelle in der Gegend der linken Centralwindungen, die auch nach dem Verlauf der Jacksonanfälle als der Sitz eines Herdes angesprochen werden musste, ein deutlicher Unterschied der Schallqualitäten wahrgenommen. Unter antiluetischer Therapie bildeten sich die klinischen Erscheinungen zurück, während der Schallleitungsunterschied nicht vollkommen schwand.

Es wurde ein Gumma mit dem Sitze in der Gegend des linken Armcentrums angenommen mit Ausgang in Heilung, wenigstens insoweit als die klinischen Symptome auf mehrere Monate hinaus schwanden.

Der übrige Befund bei der Prüfung der Schallleitung: die Differenz im vorderen Schädelantheil bei Position auf die Scheitelgegend, und in der Hinterhauptsgegend beim Setzen der Stimmgabel auf die Eminentia occipitalis superior lassen sich nicht vollkommen erklären, dürften jedoch aller Wahrscheinlichkeit nach auf die Asymmetrie des Schädels (Skoliose der linken Occipitalregion) zurückzuführen sein. Was die Verwerthbarkeit der Schalldifferenz in der Gegend der Centralwindungen bei gleichzeitigem Vorhandensein der erwähnten Unterschiede in anderen Schädeltheilen betrifft, so ist sie darin begründet, dass der Unterschied an den Centralwindungen erstens deutlicher war und zweitens an umschriebener Stelle auftrat. Die Lage der Stelle, welche topographisch mit dem angenommenen Sitz des Herdes übereinstimmte und der Vergleich mit anderen ähnlichen, durch Obduction oder Operation bestätigten Fällen gestattet die Annahme, dass die Schalldifferenz durch einen oberflächlichen Herd an der genannten Stelle hervorgerufen wurde.

(Fortsetzung im nächsten Heft.)

Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XIX.

Das Rindencentrum der optischen Wortbilder.

Von

Dr. med. et phil. **Erwin Niessl v. Mayendorf**
in Wien.

(Hierzu Tafel VIII und IX und 3 Figuren im Text.)

Vorstellungskreise dreier Sinnesgebiete vertreten im Bewusstsein das Wortbild, welches zum ersten Mal Schwingungen des Hörnerven an einer Stelle des kindlichen Gehirns entwerfen, von der sich eine Brücke zu einem zweiten Territorium hinüberspannt, das die Ursprünge zu den Muskeln des Kehlkopfes, Antlitzes, der Zunge herabsteigender Leitungsbahnen einschliesst. Nachahmung führt, indem sie diesen muskulären Apparat in's Werk setzt, über jenen Reflexbogen zur Erzeugung von Luftwellen, deren Rückwirkung auf den Hörnerven, durch Bewusstwerden einer Identität nun nach dem Centralorgan fortgeleiteter Schwingungen mit den einst anregenden die Bewegungsmodi der peripheren Sprachorgane ordnet und bahnt. Das von der Receptivität zur Productivität gesteigerte Centralorgan sammelt aus diesen musculären Leistungen auf rückläufigem Wege Innervationsempfindungen, deren Fortleben in der Hirnrinde ein bleibendes, ein secundäres Wortbild gestaltet. Endlich knüpfen sich im ausgebildeten und in allen seinen Theilen thätigen Gehirn zwischen den Klangbildern der Worte und den optischen Erinnerungsbildern bestimmter Zeichen dauernde Verbindungen, welche die dritte Gruppe des Wortbildes fixiren.

In einer mit diesem Entwicklungsgang nicht gleichsinnigen Folge erschlossen sich der Forschung die Gehirnbezirke, an welche die Wiederbelebung des Wortbildes gebunden erschien. 1861 trat Broca mit seiner epochalen Arbeit über die Localisation der Aphasie, einer Zuweisung des secundären Wortbildes an die Rinde der linken hinteren dritten Stirnwindung, vor die Oeffentlichkeit, 1874 erklärte Wernicke im „Aphasischen Symptomencomplex“ als Erster den hinteren Theil der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ersten und eventuell der zweiten Schläfewindung als ein Klangfeld, den Inbegriff der acustischen, der primären Wortbilder bergend. Beide Entdeckungen erhielten sich bis heute, ungegeachtet aller Widersprüche, als grundlegende Errungenschaften der menschlichen Gehirnphysiologie.

Weit schwankender und strittiger stellt sich jene Rindenlocalität dar, welche die Bedeutung eines morphologischen Correlates der optischen Wortbilder beanspruchen dürfte, und die kritischen Bedenken gegen deren Zuweisung an die Rinde des unteren Scheitelläpchens entfernen diese Aufstellung von bewiesener Thatsächlichkeit.

Aus diesem Grunde erscheint es gerechtfertigt, den Versuch zu unternehmen, durch kritische Sichtung und Ordnung des in der Litteratur vorfindlichen casuistischen Materials in Uebereinstimmung mit den Ergebnissen der anatomischen Forschung eine Localisation durchzuführen, welche den gemachten Erfahrungen nicht widerspricht und den Widerspruch der sich befehdenden Meinungen aufzuklären geeignet ist. In wie weit dieser Versuch auf Erfolg rechnen darf, hängt mit der Entscheidung der Frage zusammen, in wie weit das bis nun gesammelte Thatsachenmaterial ausreichend sei, zu eindeutigen und zwingenden Schlussfolgerungen zu führen.

Die grobe Localisation bereitet keine Schwierigkeiten, da die optischen Wortbilder, als ein Antheil der optischen Erinnerungsbilder, in die corticale Sehsphäre zu verlegen sind und von deren Begrenzung an der Hirnrindenoberfläche die jenen zukommende Oertlichkeit abhängt. Eine feiner umschriebene Stätte der Wortbilder innerhalb der gesammten optischen Gedächtnissphäre anzunehmen, ist kein a priori sich aufdrängendes Postulat und dürfte erst angesichts zu einer solchen Annahme zwingender Beobachtungen in Erwägung gezogen werden dürfen.

Die Divergenz der Anschauungen über die Ausdehnung der corticalen Sehsphäre betrifft nicht die Verschiedenheit in der Lage, sondern die Verschiedenheit im Umfang derselben. Während heute noch manche Autoren die Rinde des gesammten Hinterhauptlappens als die Centralstelle der Sehbahnen ansprechen, erklären Flechsig, Henschen und ich nur die basalen occipitalen Windungszüge, welche mit scharf geprägtem Vicq d'Azyr'schen Streifen gezeichnet sind und compacte Bündel aufnehmen, für die centrale Projection der ganzen Retina[1]). Es besteht also kein Zweifel, dass die basale Rinde des Hinterhauptlappens und die Lippen

1) Eine jener glücklichen Ahnungen, welche sich Meynert aus seinen bewundernswerten Combinationen schöpfte, leitete diesen Autor bereits vor 37 Jahren, nur in den basalen Theilen des Hinterhauptlappens die corticale Vertretung der Netzhaut zu erblicken. (Allgem. Wiener Med. Zeitung. 1870.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Fissura calcarina dem corticalen Sehbezirk angehören; es fragt sich bloss, ob sie denselben in seiner Totalität constituiren. Die optischen Wortbilder sind demnach mit Sicherheit an die occipitale Rinde gebunden.

Was nun die zweite Frage anlangt, ob den Wortbildern innerhalb der optischen Rinderbilder eine Sonderstelsung zukomme, so ist bei ihrer Gemeinsamkeit mit kleinen und kleinsten Objecten ihr Erwerb durch das centrale Sehen als gesichert zu betrachten. Es verschlägt nichts, dass grosse Worte unter Umständen auch mit dem peripheren Gesichtsfeld wahrgenommen und erkannt werden können, da die Erinnerung eines Eindrucks doch nur an jener Stelle gedacht werden kann, an welcher der Erregungsstrom am häufigsten anlangt und diese muss mit dem corticalen Feld der Macula identisch sein. Das Wiederkennen eines Wortes, welches mit der peripheren Netzhaut gesehen wurde, fände dann in einem associativen Vorgang mit der in der corticalen Macula zu denkenden Gedächtnisspur, in der Sehrinde selbst seine Erklärung. 2. sind die optischen Wortbilder mit den kinästhetischen functionell inniger verknüpft als die optischen Erinnerungsbilder aller übrigen Objecte, was sich wieder daraus ergiebt, dass die Namen der Gegenstände vom Kinde gehört, ehe sie ausgesprochen werden, die optischen Wortbilder aber erst nach Erlernung der Sprache entstehen, ihre kinästhetische Correlate bereits vorfinden und eine directe Verbindung mit denselben eingehen können. (Siehe meine Arbeit: „Ueber eine directe Leitung etc". Wiener klin. Wochenschrift, 1906. 7. November). 3. erhellt die durch die Klinik erwiesene Gebundenheit der optischen Wortbilder an die linke Hemisphäre aus dem Reichthum ihrer unmittelbaren Verknüpfungen mit den ihnen zugeordneten Klangbildern und kinästhetischen Gedächtnisspuren in dieser Grosshirnhälfte.

Diese Sonderstellung der optischen Wortbilder hängt weiters mit der Frage nach einer isolirten Vertretung der Fovea centralis in der Sehrinde zusammen. Wenn auch über die Stelle dieser corticalen Vertretung die Meinungen heute noch auseinander gehen, so scheint mir durch die Pathologie bereits der Beweis erbracht, dass eine corticale Vertretung des centralen und des peripheren Sehens getrennt in der Sehrinde existire. Fälle mit doppelseitiger Hemiopie haben bewiesen, dass die Rinde der beiden Lippen der Fissura calcarina nicht die corticale Vertretung der Macula enthalten könnten und nöthigten zu einer Projection der peripheren Netzhauthälften auf diese Rindengebiete. Es hatte sich nämlich gezeigt, dass diese Kranken, soweit ihnen dies mit dem kleinen noch übrigen centralen Gesichtskreis möglich war, alle Gegenstände erkannten — wir betrachten und erkennen ja einzelne

Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Gegenstände durch Einstellung der Macula — und mit Verständniss lasen. Dies beweist, dass nicht nur die optischen Rindenbilder der Worte, sondern auch die Bahn, welche von der Peripherie zu deren anatomischem Centrum leitet, intact gewesen sein musste.

Andererseits ist es bekannt, dass doppelseitige Hemiopien durch Vernichtung der medialen Flächen beider Hinterhauptslappen eigenartige Orientirungsstörungen, Verlust des topographischen Gedächtnisses im klinischen Bilde hervortreten lassen. Ich habe diese Orientirungsstörungen, welche weit schwerer sind, als bei peripher Erblindeten, auf eine Einbusse der Erinnerungsbilder jener Wahrnehmungen zurückgeführt, welche mit der peripheren Netzhaut gewonnen werden und demnach für jedes Auge in beiden Hemisphären einen Sitz beanspruchen. Die Orientirung im Raume geschieht nicht mit der Macula allein, sondern mit der gesamten Netzhaut. Die Schärfe des einzelnen Objectbildes ist unwesentlich, die Lage der einzelnen differenten Erscheinungen im Gesammtbild zu einander, ist die specifische Leistungsfähigkeit der ganzen peripheren Sehfläche. Es ist klar, und die Gehirnpathologie liefert hierfür eine geschlossene Reihe widerspruchsloser Belege, dass sich Erinnerungsbilder nur an jenen Rindenstellen entwickeln können, in welche die dort wieder auflebenden Wahrnehmungen hineingetragen werden. Der constante Befund bei beiderseitiger Erkrankung des medialen Hinterhauptlappens ist doppelseitige Hemiopie infolge der Unterbrechung der optischen Leitungen und Orientirungsstörungen infolge des Verlustes der optischen Erinnerungsbilder des peripheren Sehens. Dem entspricht das durch Erkrankung veränderte anatomische Bild, Stabkranz und Rinde der medialen Flächen beider Hinterhauptslappen sind bis auf unbedeutende Reste untergegangen. Aber auch diese Trümmer, welche in ihrem normalen Zusammenhang räumliche Gedächtnisspuren bergen, müssen als functionsuntüchtig betrachtet werden, da die Commissur zu corresspondirenden Partien der anderen Grosshirnhälfte durch Erweichung oder secundäre Degeneration ausnahmslos ausgeschaltet ist. Die Durchbrechung der Balkenbündel im Splenium allein müsste nach meiner Auffassung gleichfalls Orientirungsstörungen bedingen, wie sie vom Scheitellappen so weit vordringende oder fernwirkende Erkrankungen aufzuweisen pflegen. Ich erblicke in der erörterten Thatsache der Pathologie einen Beweis für die isolirte Projection der peripheren Retina auf den Hinterhauptlappen, und zwar die beiden Lippen der Fissura calcarina.

Durchaus logisch dachte Förster, welcher das Erhaltenbleiben eines kleinen centralen Gesichtskreises an seinen rindenblinden Kranken von einer isolirten corticalen Vertretung der Macula herleitete, welche

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der entsprechenden Netzhautstelle analog, durch eine besondere Begünstigung der Ernährungsverhältnisse aus zwei Gehirnarterien ausgezeichnet sein sollte und hierdurch dem zerstörenden Einfluss der Malacie entging. Bald ist es die vordere (Henschen), bald die hintere Calcarinarinde (Laqueur), welche gegründetere Ansprüche auf Anerkennung einer corticalen Macula zu erheben schien. v. Monakow's geistvolle Hypothese postulirte für den Umfang der mit dem centralen Sehen erworbenen Vorstellungen eine diesem proportionale Ausgedehntheit des Rindenareals an der parieto-occipitalen Convexität. Endlich meinte man, jede beliebige Oertlichkeit der Sehrinde stünde mit der Macula in leitender Verbindung und sei hierdurch befähigt, Wahrnehmungen des centralen Sehens aufzunehmen und über die Schwelle des Bewusstseins zu ziehen.

Die Unsicherheit, welche aus dem Gegensätzlichen dieser Anschauungen hervorleuchtet, vermag nur durch eine kritische Analyse einer zahlreichen Casuistik bei eingehender Würdigung der Erkrankungszonen im Marklager behoben zu werden.

Ehe ich diesen Versuch wage, mögen die Fragepunkte, deren Beantwortung eine Widerlegung conträrer Ansichten mit sich bringen wird, formulirt werden.

1. Welcher Art ist das klinische Symptom der Wortblindheit? Dürfen wir dasselbe durch eine Associationsstörung oder als ein mit der Worttaubheit identisches Symptom auf differentem Sinnesgebiete erklären?

2. Sollte die zweite Eventualität sich erhärten lassen, giebt es dann ein der Hörstrahlung analoges Bündel, dessen stete Unterbrechung Wortblindheit erzeugt?

3. Giebt es eine Rindenparthie, deren Zerstörung stets Wortblindheit zur Folge hat und steht sie mit jenem Bündel in Beziehungen, so dass sie als dessen Ausgangs- oder Endstation aufgefasst werden kann?

Die Definition der Wortblindheit stellt dieselbe als ein cerebral bedingtes Unvermögen dar, normale optische Wahrnehmungen der Worte mit den Spuren vorangegangener zu identificiren. Der wortblinde Kranke sieht die Worte wie früher, vermag sie in gewissen Fällen mühsam abzuzeichnen, sie sind ihm jedoch völlig fremd geworden, die Erinnerung an sie ist geschwunden.

Ausführlichere Schilderungen dieses Zustandes bezeugen dessen Identität bei Erkrankungen der linken Angularisgegend mit der des linken Hinterhauptslappens. Die Kranken gewahren eines Tages, ohne einer Sehstörung inne zu werden, dass gedruckte oder geschriebene Worte für sie unverständliche Zeichen geworden sind. Hierfür zwei Beispiele, eines bei parietaler, das andere bei occipitaler Läsion: „Eines

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tages", schreibt Macewen[1]), „streckte er (Patient) seine Hand aus, nahm das Buch, erkannte es bloss durch den Tastsinn (Patient war seelenblind) an dem glatten Ledereinband und den tief eingravirten Buchstaben auf seinem Rücken; er öffnete es und sah, das, was er betrachtete, mussten Buchstaben sein und die Zusammenfassung derselben Worte, aber sie waren für ihn bedeutungslos, das Gedächtniss ihrer Zeichen war verloren gegangen, sie waren für ihn ein Buch mit sieben Siegeln".

Ebenso eindeutig ist ein Fall Hinshelwood's[2]): Ein 58jähriger Lehrer der deutschen und französischen Sprache bemerkte eines Morgens, dass er die französische Aufgabe seiner Schüler nicht lesen konnte. Aber auch Druckschrift zu verstehen, war er nicht fähig, ja selbst die grössten Buchstaben der Jäger'schen Tafeln erkannte er nicht, ohne dass irgend welche Zeichen von Gedächtnissschwäche oder Intelligenzdefecte nachweisbar waren. In diesem Zustand verblieb Patient neun Jahre. Macewen's Kranker wurde trepanirt und es fand sich bei der Eröffnung des Schädels eine Läsion im Gebiet des linken Gyrus supramarginalis und des vorderen Angularis; in dem Falle Hinshelwood's wies der Sectionsbefund eine nach vorne in den Schläfelappen sich erstreckende Erweichung an der basalen Fläche des Hinterhauptslappens auf. Diese zwei Stichproben sind Typen und sie beweisen, dass dasselbe Ausfallsssymptom, Unerregbarkeit der optischen Wortbilder auf retinale Reize hin bei Befallensein ganz differenter und entfernter Hirnlocalitäten anzutreffen ist.

Dieser Grundcharakter der Wortblindheit, welcher also sowohl bei parietaler als bei occipitaler Erkrankung stets gewahrt bleibt, spielt in mannigfaltigen Variationen, deren Bedeutung für das Wesen des Symptoms überschätzt, die selbst für das Wesentliche erklärt wurden. Der Schatz der kinästhetischen und acustischen Wortbilder geht niemals restlos verloren; Bruchstücke erhalten sich, oft bloss der eigene Name. Dasselbe Verhalten wird am optischen Wortbild angetroffen und oft ist es nur der eigene Name, der noch erkannt wird. Manchmal wird das Wortbild nicht wieder erkannt, hingegen seine Bestandtheile, die Buchstaben. [M. Lannois et Tournier[3]), Bard[4]), Sigaud[5]), Mier-

1) Macewen, The British Medical Journal. Vol. II. 1888. p. 32.

2) Hinshelwood, The British Medical Journal. No. 2289. Saturday, November 12, 1904. p. 1304.

3) M. Lannois et Tournier, Revue de Médecine. Bd. XVI.

4) Bard, La Sémaine Médicale. No. 18, 30 avril 1902.

5) Sigaud, Le Progrès médical. 1887. Bd. II. No. 36. S. 177.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zejewski[1]), Hinshelwood[2]) und andere.] Oder es ist das Umgekehrte der Fall [Hinshelwood[3])]; ferner giebt es eine partielle Buchstabenblindheit [Berkhan[4]), Halipré[5])]. Leichtere Formen charakterisiren sich dadurch, dass kurze, etwa einsilbige Worte eines Textes nur gelesen werden können. Die Störung kann sich nur auf Fremdworte erstrecken [Henschen[6])] und als Dyslexie bezeichnet werden. Paralexie gelangt ebenfalls zur Beobachtung [Osler[7]), Henschen[8])]. Statt Philadelphia liest ein Kranker P, r, i, n, g, r, e, k. Grosse Druckschrift wird gelesen, während kleine unerkannt bleibt [Oppenheim[9])]. Zahlenblindheit ist keine regelmässige Folge von Wortblindheit [Hinshelwood, Touche[10])].

Aus der Fülle der Möglichkeiten, welche die klinische Casuistik in der Variabilität der Wortblinheit aufrollt, habe ich diese wenigen herausgegriffen, um deren polymorphe Erscheinungsweise zu illustriren. Eine Sammlung wäre zwecklos, weil aus derselben kein Anhalt für ein Localisationsprincip gewonnen werden kann. Das Unterfangen, Wort ohne Buchstabenblindheit, Wort mit oder ohne Zahlenblindheit für eine isolirte corticale Vertretung der Buchstaben, Zahlen, Worte zu verwerthen, scheitert an dem Mangel von Parallelismen bestimmter Formen mit bestimmten Läsionsbezirken.

In anderer Hinsicht sind jedoch diese rudimentären Formen der Wortblindheit von der grössten Wichtigkeit. Es sind Erfahrungsthatsachen, dass wir mit der lichtschwachen peripheren Netzhaut grosse Buchstaben, Zahlen, bestenfalls kurze Worte, wenn dieselben eine gewisse Grösse besitzen, wahrnehmen, dass wir den Anfang einer Zeile noch lesen, das übrige errathen, uns aber auch täuschen können und das nicht mehr scharf Gesehene confabulirend ergänzen, Fremdworte im peripheren Gesichtsfeld oft gar nicht agnosciren. Wenn wir also mit dem peripheren Gesichtsfeld zu lesen versuchen, so haben wir anscheinend analoge Schwierigkeiten zu überwinden, wie sie die klinische Erfahrung am wortblinden Kranken zu berichten weiss. Alles dies

1) Mierzejewski, Petersburger Gesellschaft. Septembersitzung. 1890.
2) Hinshelwood, Letter; Word-Mindblindness. London. 1900.
3) Hinshelwood, Br. Med. Journ. Siehe oben.
4) Berkhan, Arch. f. Psych. Bd. XXIII. S. 558.
5) Halipre, Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 1905. No. 1.
6) Henschen, Pathologie des Gehirns. Bd. 4. S. 42.
7) Osler, Journal of Medical Science. March. 1899. p. 219.
8) Henschen, Pathologie des Gehirns. F. 28.
9) Oppenheim, Archiv für Psych. Bd. XXI. S. 584.
10) Touche, Archives générales. 78. Année Observ. I.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deutet darauf hin, dass die Leitung von der lichtschärfsten Fovea centralis des Wortblinden oder das mit ihr verknüpfte Rindenfeld functionsuntüchtig geworden sei, eine Folgerung, die im Lichte eines wichtigen Befundes Siemerling's[1]), welcher gestattete, aus der Herabsetzung der centralen Sehschärfe Seelenblindheit und Alexie zu erklären, an Bedeutung zu gewinnen scheint.

Die eklatante Uebereinstimmung, welche parietale und occipitale Wortblindheit aufweisen, veranlasste alle Kliniker, denen ein reiches Beobachtungsmaterial zur Verfügung stand, den Gyrus angularis als das optische Rindencentrum der Wortbilder anzusprechen. Dejerine[2]) war der Erste, welcher im Anschluss an die Schilderung eines selbst beobachteten, genau untersuchten Falles bei gleichzeitiger Heranziehung der damals vorhandenen Casuistik die Beziehungen des linken unteren Scheitelläppchens zu dem centralen optischen Apparat erkannte und einen pathologischen Mechanismus für das Zustandekommen der Wortblindheit darlegte.

Die klinische Erscheinung jenes Kranken war eine vier Jahre währende, isolirte Wortblindheit ohne irgend eine Störung des Spontan- oder Dictatschreibens. Zehn Tage vor dem Tode trat totale Agraphie und Paraphasie auf. Das Naturexperiment hatte das Gehirn an zwei Stellen, und zwar an den für die Wortblindheit typischen Rindenbezirken, die basale und mediale Rindenfläche des Hinterhauptlappens, sowie die Rinde des unteren Scheitelläppchens versehrt. Dem ersten Stadium der Erkrankung entsprach ein alter Erweichungsherd, der das Gebiet der Fissura calcarina einnahm, längs der occipitotemporalen Furchen schmale Ausläufer nach vorne zu hervorgehen liess und am Occipitalpol ein wenig auf die Convexität hinübergriff; dem zweiten eine recente rothe Malacie, das ganze untere Scheitelläppchen (Gyrus supramarginalis, angularis) mit geringer Betheiligung der hinteren Centralwindung befallend. Beide Erkrankungszonen waren nicht bloss cortical, sondern in das Mark hineinreichend, durchbrachen sie dasselbe bis zum Ventrikel. Es hing mithin die jahrelang bestehende Wortblindheit von der Destruction des Hinterhauptlappens ab, die Erkrankung jüngeren Datums hatte offenbar die später hinzugetretene Agraphie und Paraphasie hervorgerufen. Dejerine unterschied demnach eine Cécité verbale pure und eine Cécité verbale avec agraphie. Bei der ersten Form ist die Spontan-

1) Siemerling, Fall von sog. Seelenblindheit neben anderweitigen Symptomen. Archiv f. Psych. Bd. XXI. S. 284.

2) M. J. Dejerine, Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique des différentes variétés de cécité verbale". Extrait des Mémoires de Société de Biologie. Paris. 1892.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Dictatschrift vollkommen normal, nur das Abschreiben ist mit grossen Schwierigkeiten verbunden. Es gleicht einem Abzeichnen, indem der Kranke, sich ängstlich an die Vorlage haltend, die einzelnen die Buchstaben zusammensetzenden Striche nachfährt. Mit dem Gesichtssinn werden Worte nicht erkannt, hingegen gelingt es dem Kranken, mit Hülfe der kinästhetischen Eindrücke beim Schreiben auf die Bedeutung der geschriebenen Worte zu kommen, er kann schreibend lesen[1]). Dieser Umstand sowie die Abwesenheit von Agraphie sind Dejerine Beweise für die Intactheit der optischen Wortbilder, folglich auch der Rindenstelle, an deren Substrat dasselbe gebunden zu denken ist, die Cécité verbale pure sei folglich eine subcortiale Alexie.

Obgleich ich die von Dejerine erwogenen Thatsachen keineswegs wegzuleugnen oder als unwesentlich in ihrer Schätzung herabzusetzen, geneigt bin, gelange ich doch zu wesentlich anderen Schlüssen. Wenn ein Kranker bei Führung seines rechten Zeigefingers die mit diesem in der Luft beschriebenen Buchstaben und Worte mühsam erkennt und benennt, so ist damit keineswegs die optische Identification, die Integrität des optischen Wortbildes erwiesen, sondern bloss die Integrität der kinästhetischen, der acustischen Wortbilder und aller jener Vorstellungen, welche mit diesen und dem optischen Wortbild gewohntermassen associirt waren. Der Kranke kam durch diesen Kunstgriff auf die Bedeutung des Wortes, erkennt aber keineswegs das optische Wortbild.

Ferner spricht gegen Dejerine's Deutung die Existenz einer Alexie, bei welcher ungeachtet des Besitzes der optischen Wortbilder der Sinn des fliessend Gelesenen nicht begriffen wird, und zwar dann, wenn die acustischen Wortbilder erloschen sind. (Wernicke's transcorticale Alexie, v. Monakow's Wortklangalexie.) Dejerine hat selbst einen solchen Fall veröffentlicht[2]): „Sie las übrigens sehr leicht, aber sie las ohne zu verstehen; die geschriebenen, von ihr mit lauter Stimme gelesenen Worte erweckten keinen Begriff, sie las sozusagen

---

1) Dejerine (siehe oben S. 23), „Chez lui les images visuelles des lettres étaient intactes dans son language intérieur — l'intégrité de l'écriture spontanée et sousdictée le démontrent — et on arrivait facilement à les réveiller encore par un autre procédé en lui faisant tracer passivement en l'air des lettres avec son index droit ou gauche ou avec son pied droit. La lettre était alors reconnue et dénommée à condition toute fois de tracer des lettres de grand diamètre; mais cette opération d'esprit s' executait chez lui trop lentement pour qu'il pût repprendre à lire de cette façon".

2) Dejerine, Le Progrès Médical. 1880. p. 629. Citirt nach Bastian.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reflectorisch, ohne jedes Verständniss, wie wenn sie eine fremde Sprache lesen würde". Die Patientin starb und im linken Gyrus angularis sass ein kugeliger Tumor von 10 cm Durchmesser. Aus diesem Grunde erweist sich der Fall für eine Localisation jener Lesestörung wenig geeignet, da eine Fernwirkung nach vorne durch das Auftreten anderweitiger, von der Oertlichkeit des Sitzes der Geschwulst sicher unabhängiger Symptome, wahrscheinlich gemacht wird. Verwendbarer sind die dasselbe Symptom aufzeigenden Beobachtungen Kussmaul's[1]), Rosenthal's[2]), Mader's[3]), da die hier vorgefundenen Erweichungen des hinteren oberen Schläfelappens eine indirecte Beeinflussung ausschliessen lassen.

Diese Alexie bietet das Gegenstück zu dem, was Dejerine's oben besprochener Patient gezeigt. Das optische Wortbild ist erhalten geblieben, das temporale Centrum der Wortklangbilder, deren Erweckung im Ablauf unseres begrifflichen Denkens die Hauptrolle zufällt, untergegangen. Die Kranken sind daher nicht wortblind, aber das Verständniss des Gelesenen ist abhanden gekommen. Umgekehrt war das Centrum der Wortklangbilder bei Dejerine's Patienten frei von jeder Läsion, hingegen das der optischen Wortbilder vernichtet — was Dejerine jedoch nicht zugiebt — und der Kranke war daher ausser Stande mit Hülfe dieser jenes zu erwecken, jedoch war ihm begreiflicherweise die Erweckung der Wortklangbilder von dem Orte der Innervationsbilder der Schreibbewegungen möglich und so erklärte sich das Verständniss des schreibend Gelesenen.

Es ist drittens deshalb unrichtig, wenn Dejerine meint, sein Kranker hätte die optischen Buchstabenvorstellungen mittelst passiv ertheilter Schreibbewegungen erweckt, weil ein sehr häufiges, zu Demonstrationszwecken mit Vorliebe verwendetes klinisches Bild den wortblinden Kranken vorführt, welcher das von ihm eben Geschriebene nicht zu lesen vermag. Wäre das optische Wortbild durch die Schreibbewegungen erweckt worden, so bliebe diese Unfähigkeit unerklärt. Wenngleich Dejerine für die Cécité verbale pure eine typische Läsionsstelle noch nicht angeben kann, so sieht er sich doch gezwungen, dieselbe in seinem Falle auf die vier Jahre alte Malacie an der medioventralen Fläche des Hinterhauptlappens zurückführen. Gerade diese Localität aber bietet so häufig bei Erkrankung das Symptom der Unfähigkeit, Selbst-

1) Kussmaul, Störungen der Sprache. 3. Auflage. S. 168.
2) Rosenthal, Centralblatt für Nervenheilkunde. 1884.
3) Mader, Wiener med. Blätter. 1894. No. 8.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geschriebenes zu lesen. [Lissauer[1]), Touche[2]), Brissaud[3]), Peters[4]), Hinshelwood[5]) u. a.] Dejerine's Kranker sprach die Buchstaben aus, während man ihm den Zeigefinger, dieselben in die Luft schreibend, führte. Derselbe identificirte diese Innervationsempfindung mit den einst im Schreibact gewonnenen Erinnerungsbildern, er las wie ein Blindgeborener, welcher niemals das optische Wortbild besessen.

Als zweiten Typus beschreibt Dejerine die Cécité verbale avec agraphie, welche auf einem Verlust der optischen Wortbilder, selbst auf dem Untergang des centre visuel verbal beruhe. Dasselbe befinde sich im Rindengebiet des linken Gyrus angularis. Die Agraphie sei die Folge der Einbusse der optischen Wortbilder. Dejerine interpretirt den pathologischen Mechanismus seines Falles dahin, dass die vier Jahre währende Alexie eine subcorticale gewesen sei, die recente Malacie aber, wegen der hinzugetretenen Agraphie, das Rindencentrum der optischen Wortbilder vernichtet haben müsse.

Seine Theorie entwickelt, wie sich von dem in seiner Arbeit enthaltenem Schema ablesen lässt, ungefähr folgendes: Den Wortbildern kommt ein optisches Wahrnehmungscentrum und ein von diesem gesondertes Erinnerungscentrum zu. Ersteres liege in der Rinde des Occipitallappens, innerhalb dessen eine engere Localisation noch nicht durchführbar erscheint. Letzteres enthalte die Rindengegend des Gyrus angularis. Zwischen diesen beiden corticalen Regionen existire ein unmittelbarer Connex in Gestalt eines compacten langen Associationsbündels, welches sich als ein Antheil des Fasciculus longitudinalis inferior darstelle. Während nur der linke Gyrus angularis die einzige Stätte der Erinnerungsbilder sei, kämen die optischen Wahrnehmungen der Worte in beiden Hinterhauptslappen zu Stande Von dem occipitalen Wahrnehmungscentrum der rechten Hemisphäre werde die Erregung durch Balkenbündel zur Rinde des linken Gyrus angularis hinübergeleitet. Durchbricht nun eine Herderkrankung 1. die Bündel von der Peripherie zum linken Hinterhauptslappen, 2. das Associationssystem zur linken Angularisrinde, 3. die Balkenfasern, welche letztere mit dem rechten Hinterhauptslappen verknüpfen, so resultirt eine subcorticale Alexie, Cécité verbale pure,

1) Lissauer, Archiv für Psych. Bd. XXI. S. 222—270.

2) Touche, Archives générales de médecine. No. 8. T. VI. 78. Année. Sept. 1901. p. 326ff. Observ. XXVII.

3) Brissaud, Nouvelle Iconographie de la Salpètrière. Tome XV. No. 4. p. 281—285.

4) A. Peters, Archiv für Augenheilk. Bd. XXXII. 1. H. S. 175.

5) Hinshelwood, Britisch med. journal. No. 2289. Saturday. November 12., 1904. p. 1304.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

da das Erinnerungscentrum der optischen Wortbilder von der Peripherie gänzlich abgeschnitten sei.

Nachdem wir oben gezeigt, dass das Vermögen, schreibend zu lesen, nicht als Beweis für das Vorhandensein der optischen Wortbilder gelten könne, dürfen wir ebenso wenig das Erlöschen der Schreibfähigkeit auf ein Verschwinden jener beziehen. Denn wenn man die Ausdehnung der Erkrankungszone an der abgebildeten Convexität des Grosshirns bei Dejerine betrachtet, sieht man, wie dieselbe in den unteren Abschnitt der hinteren Centralwindung hineinreicht. Die frische Erweichung war auch nicht oberflächlich, sondern betraf die darunterliegende weisse Substanz und erstreckte sich in die Tiefe bis zum Ependym des Ventrikels. Ist es da nicht näherliegend, an einen Verlust der kinästhetischen Vorstellungen der rechten Hand und der Finger, oder an eine Unterbrechung der Leitung für den Muskelsinn, durch Verletzung des Stabkranzes der hinteren Centralwindung und an eine hiervon bedingte Agraphie zu denken?

Ferner ist Agraphie keine regelmässige Begleiterscheinung der Wortblindheit in Folge von linksseitiger Angulariserkrankung, sondern nur in einem Procent der Fälle nachweisbar. Auch giebt es Fälle von Isolirung der Angularisrinde durch subcorticale, unmittelbar unter derselben situirte Herde ohne Wortblindheit und Agraphie. (Henschen, v. Monakow, Rothmann.)

Endlich entbehrt Dejerine's Theorie jeder anatomischen Begründung. Dass der Fasciculus longitudinalis inferior ein Bündel vom Hinterhauptlappen zum Gyrus angularis führe, widerstreitet den Untersuchungsergebnissen der Markscheidenentwicklung und der secundären Degeneration. Ebenso wenig liegt bis heute ein Hinweis vor, eine Kreuzung der Balkenfasern im Splenium und ein Herüberstreichen von Commissurenfasern des rechten Hinterhauptlappens nach dem linken Gyrus angularis anzunehmen.

Die Hypothese, dass die Hirnrinde in Wahrnehmungs- und Erinnerungsfelder einzutheilen sei, ergiebt sich nicht mit Zwang aus den klinischen Thatsachen und darf daher nicht zur Fundirung eines pathologischen Mechanismus herangezogen werden.

Durch die Experimente Ferrier's, welche in dem Gyrus angularis ein optisches Centrum vermuthen liessen, vorbereitet, zollte man in England Dejerine's Deutung allenthalben Zustimmung. Bastian[1]) versichert, dass über die Zutheilung der optischen Wortbilder an die

1) Bastian, The Lancet, April 3, 1897. The Lumleian Lectures on some problems in connexion with aphasia and other speech defects.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Rinden des linken Gyrus angularis und des hinteren supramarginalis kein Zweifel mehr obwalten könne. Auch ist ihm dieses corticale Gebiet eine Erinnerungssphäre der optischen Wortbilder, deren Wahrnehmungen an entfernter Oertlichkeit im Hinterhauptslappen bewusst werden sollen. In der Interpretation der Ausfallserscheinungen schliesst er sich an die in Dejerine's Schema dargelegten Anschauungen an.

Auf demselben Standpunkt steht Hinshelwood[1]), welcher in dem Auftreten isolirter Wort-, Buchstaben- und Zahlenblindheit die Berechtigung erblickte, für diese einzelnen Ausfallssymptome räumlich getrennte Rindenfelder innerhalb der Angularisrinde zu supponiren. Das Phantastische dieser Auffassung, welche die Hirnrinde nach verschiedenen Vorstellungsgruppen eines und desselben Sinnes mosaikartig zerlegt, ist übrigens dem Autor selbst zum Bewusstsein gelangt und verdankt seinen Ursprung rein speculativen Erwägungen sowie einer ungenügenden Kenntniss der Leitungsbahnen des Hemisphärenmarks[2]).

Achtzehn Jahre vor Dejerine's Publication erschien Wernicke's[3]) Arbeit, in welcher er die Bedeutung der Alexie in dem Syndrom der sensorisch-aphasischen Erscheinungen auseinandersetzte und ihr Verhältniss zu diesen mit klinisch-anatomischen Befunden beleuchtete. Die Alexie — diesem Begriff wird die Wortblindheit bei linksseitiger Angularis- oder occipitaler Läsion subsumirt —, sei mit dem Untergang der Klangbilder des linken Schläfenlappens, welcher Aphasie herbeiführt, in Zusammenhang zu bringen oder von einer Unterbrechung der Leitungen von dem Centrum derselben zu den optischen Erinnerungsfeldern beider Hinterhauptslappen abhängig zu machen.

Von diesen anatomischen Gesichtspunkten ausgehend formulirt Wernicke nach dem Eintheilungsprincip der sensorischen Aphasie die Alexie als eine corticale, wenn die Stätte der optischen Erinnerungsbilder zerstört wird, eine subcorticale bei Ausschaltung der von der Peri-

---

1) Hinshelwood, „Letter — Word — Mind blindness". London 1900.

2) Auch in Deutschland fand sich ein launiger Nervenarzt (Lewandowsky: „Die Functionen des centralen Nervensystems" 1906), der über die Localisation des optischen Wortbildes munter hinwegzuplaudern versteht .... „Warum die Bilder der Buchstaben sich nun gerade in der vordersten Ecke (des Hinterhauptslappens) ansiedeln, das weiss man natürlich nicht, dass sie die Nähe des acustisch-sensorischen Wortcentrums lockt, ist vielleicht nicht einmal ein ganz scherzhafter Gedanke. So sehr man sich anfangs gegen so weit gehende Specialisirungen des Localisationsprincips sträuben mag — auf dem Gebiete der Sprache erscheint in dieser Richtung manches möglich".

3) Wernicke, Der aphasische Symptomencomplex. Breslau 1874 und Fortschritte der Medicin. 1886. S. 463.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pherie centralwärts leitenden Bahnen und eine transcorticale aus der Lösung des corticalen optischen Gedächtnissbezirkes von seinen associativen Verknüpfungen hervorgehende.

Ein Blick auf die topographische Anordnung der Bahnen des Hemisphärenmarks würde ein Parallelgehen der letztgenannten Formen, der subcorticalen und transcorticalen Alexie als ein gewöhnliches Vorkommen voraussetzen, eine Vermuthung, welche jedoch durch die Klinik keine Bestätigung erfährt.

Die corticale Alexie ist der klinische Ausdruck der Unerregbarkeit bestimmter optischer Erinnerungsbilder, welche nach Wernicke in der Rindenausbreitung des Tractus opticus zu suchen sind, und zwar in beiden Hinterhauptslappen. Da Wernicke eine Trennung der optischen Objectbilder von den optischen Wort- und Buchstabenbildern in der corticalen Sehsphäre für unzulässig erklärt, so würde ein Verlöschen Letzterer auch die Ersteren zum Verschwinden bringen müssen; corticale Alexie sei mithin stets mit Seelenblindheit gepaart.

Die bilaterale Vertretung der Wortbilder in den Hinterhauptslappen schliesst Wernicke aus der auf klinischer Beobachtung basirenden Thatsache, dass rechtsseitige homonyme Hemiopie nicht regelmässig mit Alexie einhergehe. Obgleich nun gegen die Richtigkeit dieser Thatsache und den durchaus consequenten Schluss nichts einzuwenden ist, so muss betont werden, dass selbst in Fällen doppelseitiger Hemiopie, beim Zurückbleiben eines kleinen centralen Gesichtskreises, innerhalb derselben Alexie und Seelenblindheit vermisst werden. Es kann daher die Abwesenheit dieser Phänomene bei rechtsseitiger homonymer Hemiopie nicht auf dem Functioniren identischer Rindenpartien der rechten Hemisphären beruhen, sondern es müssen hier offenbar andere Momente ausschlaggebend sein.

Hiefür spricht eine Reihe von Beobachtungen, in welchen nur bei einseitiger und zwar linksseitiger occipitaler Läsion Alexie und Seelenblindheit constatirt wurde. Wernicke bringt seine Theorie mit diesen Befunden dadurch in Einklang, dass er auf das Vorkommen gleichzeitiger Erweichung im Balkensplenium verweist, wodurch eine gekreuzte Leitung von Commissurenbündeln vom rechten Hinterhaupt zum linken Schläfelappen und mit diesen jeder Connex des letzteren mit den beiden occipitalen Sehbezirken aufgehoben sei. Hieraus resultire die Unerregbarkeit der optischen Wortbilder auch der rechten Hemisphäre.

Bezüglich solcher Auffassung ist nun einzuräumen, dass in allen Fällen von einseitiger Erkrankung des medioventralen Hinterhauptslappens das Balkensplenium pathologisch verändert gefunden wird.

Diese Veränderung ist aber keine primäre Erweichung, sondern

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine secundäre Degeneration jener Faserpakete, welche aus den zerstörten Rindenregionen entspringen und dieselben mit identischen der anderen Hemisphäre verbinden. [Brissaud[1]), J. Dejerine et André Thomas[2]), Maurice Dide et Botcazo[3]), Lissauer-Hahn[4]).] Auch im Falle Hosch[5]) ist, nach der eingefügten Abbildung, zu schliessen, das Balkensplenium von der Malacie verschont geblieben. Die rechte Sehrinde wäre also mit dem linken Schläfelappen in Verbindung geblieben und Netzhauterregungen hätten daher anstandslos von einem rechtseitigen Centrum der optischen Wortbilder zu dem linksseitigen Klangbildcentrum — falls eine solche Verbindung überhaupt existirt — geleitet werden können, da kein primärer Herd im Splenium sich vorfand — und doch bestand Alexie.

Dass aber die secundäre Degeneration des Balkenspleniums nicht die Ursache der Alexie und Seelenblindheit sein könne, davon überzeugte mich der Befund an einer fortlaufenden Reihe von Frontalschnitten aus einem Gehirn, an welchem der Balken für beide Hinterhauptslappen durch secundäre Degeneration gleichsam exstirpirt war, ohne dass die Symptome der Alexie und Seelenblindheit am lebenden Patienten nachweisbar waren[6]).

Ebensowenig lässt sich die Behauptung aufrecht erhalten, dass Alexie bei corticaler Erkrankung stets von Seelenblindheit begleitet sei. Es giebt Fälle von doppelseitiger Erweichung beider Hinterhauptslappen

---

1) Brissaud, (siehe oben) p. 284—85. Cette tâche (im Backensplenium) disposée en forme de croissant, ne pouvait être attribuée à un foyer d'ischémie autochtone. Une section sagittale de l'hemisphère à un centimètre du plan médian démontre qu'il s'agit bien d'une dégénérescence.

2) J. Dejerine et André Thomas, Revue Neurologique. 15. Juillet 1904. p. 661. Le corps calleux lui-même n'a pas été atteint primitivement par la lésion.

3) Maurice Dide et Botcazo, Revue Neurologique. 30. Juillet 1902. Der Balken wurde genau untersucht und normal gefunden (wörtlich übersetzt).

4) Lissauer-Hahn, Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik Breslau. Heft II. Leipzig. 1905. p. 105ff.: Das Splenium des Balkens ist nicht eigentlich erweicht, aber deutlich verändert. Im Ganzen ist es sehr stark geschrumpft; es sieht gelblich aus und enthält kleine verhärtete Stellen, die man beim Zufühlen spürt. Der Querschnitt ist unregelmässig, bröcklich, zähe. Proben enthalten viele Körnchenzellen und fast gar keine markhaltigen Fasern mehr. Auch (!) die Fortsetzung des Spleniums in die gesunde rechte Hemisphäre ist zweifellos degenerirt.

5) Hosch, Zeitschrift für Augenheilkunde. Bd. V. Berlin. 1905. (Siehe Hirnskizze.)

6) v. Niessl-Mayendorf. Archiv für Psych. Bd. 39. No. 2 und 3.

Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

ohne Alexie oder Seelenblindheit, und linksseitige Erkrankung mit Alexie und Seelenblindheit, schliesslich solche mit Alexie ohne Seelenblindheit. Es kann sich deshalb nicht darum handeln, ob eine oder beide Hemisphären lädirt sind, sondern, ob bestimmte Rindentheile der linken Hemisphäre erhalten und durch Projectionsbündel mit der Netzhaut in Verbindung bleiben.

Der subcorticalen Alexie begegnet man klinisch häufiger als der erstgenannten Form und dieselbe ist am reinsten dort zu studiren, wo eine Läsion die Sehbahn unterbricht. Dies ist bei tiefer dringenden Läsionen des Gyrus angularis der Fall.

Wernicke verlangt von dem Symptomenbild der subcorticalen Alexie 1. reine Alexie ohne Seelenblindheit, 2. rechtsseitige homonyme Hemiopie als constante Begleiterscheinung, 3. Intactheit des Spontanschreibens. Vergleicht man aber diese Postulate mit dem gewöhnlichen Symptomencomplex der Angularisläsion — nur die linksseitige kommt in Betracht — dann sehen wir dieselben in jenem keineswegs erfüllt. So findet sich Seelenblindheit ab und zu als Begleitsymptom[1]), manchmal sogar als einziges Symptom bei Erkrankung des Gyrus angularis (Macewen), welcher nach Wernicke kaum als zur corticalen Projection der Retina gehörig zu betrachten ist. Ueberdies ist Läsion der Angularisrinde nach Fällen Henschen's[2]), v. Monackow's[3]), Rothmann's[4]) nicht als Ursache der Seelenblindheit zu betrachten. Dieselbe beruhe somit auf der Unterbrechung subcorticaler Leitungsbahnen, Seelenblindheit bei Angularisläsionen sei, gleich der sich stets an diese schliessenden Alexie, eine subcorticale Erkrankung.

Was den zweiten Punkt betrifft, so ist hervorzuheben, dass Hemiopie nur bei umfangreichen und tief dringenden Herderkrankungen des Gyrus angularis angetroffen wird. Eine Auswahl hierherzustellender Fälle möge dies erhärten. Hammond[5]), Elder[6]), Wigleworth[7]), Hun[8]),

---

1) Die einschlägigen Beobachtungen habe ich in einer früheren Arbeit (Ein Abscess im linken Schläfelappen. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. 29) citirt.

2) Henschen, Gehirnpathologie. Bd. I. F. 9. S. 33.

3) v. Monakow, Gehirnpathologie. 1905. S. 682ff.

4) Rothmann, Berliner Gesellschaft für Psych. u. Nervenkrankheiten. 3. Juli 1905.

5) Hammond, Medical Record. Vol. 58. 1900. p. 101.

6) Elder, The Edinb. Med. Journal. May 1900.

7) Wigleworth, Liverpool Med. chir. Journ. 1887. p. 215.

8) Hun, Americ. Journ. of medic. Sciene. Bd. XCIII. 1887. p. 151.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Serieux[1]), Leyden[2]), Cramer[3]), Berkhan[4]), Broadbent[5]), Ball et Séguin[6]), Laquer[7]), Lannois et Tournier[8]) haben bei ihren Kranken auf Hemiopie geprüft und deren Abwesenheit feststellen können. Ausserdem giebt es auch eine Anzahl anderer Fälle von Alexie, in welchen sich über den Zustand der Gesichtsfelder kein Vermerk findet. Die Abwesenheit von Hemiopie bei Angularisläsion rührt daher, dass durch dieselbe stets nur der dorsale Antheil der Sehstrahlungen getroffen wird, welcher, wie Henschen richtig bemerkt, keinen Gesichtsdefect mit sich bringt. Entweder rührt dies von der steilen Anordnung schmaler, daher weniger Fasern enthaltender Bündelpakete her, deren zu geringe Anzahl keinen greifbaren Ausfall der Function bedingen kann, oder die Faserzüge stellen keine centrale Leitung der peripheren Netzhaut dar. Letztere Möglichkeit gewinnt eine um so grössere Wahrscheinlichkeit, als unter der Rinde des Gyrus angularis verlaufende Faserzüge der Sehstrahlung bei Betrachtung geeigneter Abschnitte sehr beträchtliche Fasermassen enthalten.

Endlich wird Agraphie bei Erkrankung des linken Gyrus angularis so häufig angetroffen, dass Dejerine, wie oben ausgeführt, seine corticale Form, die Cécité verbale avec agraphie darauf begründen konnte. Wenn aber nach Wernicke Zerstörung der Angularisrinde corticale Alexie erzeugen müsste, dann spräche dagegen das Plus an Häufigkeit solcher ohne Seelenblindheit oder von occipitalen Läsionen mit Seelenblindheit, die Linksseitigkeit der Erkrankung ohne Affection des Balkens und die Abwesenheit jedes Symptoms bei alleiniger Läsion der Rinde dieser Windung.

Die transcorticale Alexie oder die subcorticale verbale Alexie, wie sie Wernicke nebenher bezeichnet, charakterisirt sich durch den Verlust des Wortbegriffes, der als sichtbare Grösse für die unbestimmte Vorstellung, einer Durchbrechung aller associativen Verbindung vom normal functionirenden Centrum der optischen Wortbilder aus eingesetzt wurde. Der Kranke kann fliessend lesen; dies geschieht aber etwa so

1) Serieux, Mémoires de la Société de Biologie. 1892. p. 13. Citirt nach Bastian's Lectures im „Lancet". May 1897. p. 1188.

2) v. Leyden, Virchow's Festschrift. 1891. Bd. 3. S. 302.

3) Cramer, Archiv für Psych. Bd. XXII. S. 141 ff.

4) Berkhan, Archiv für Psych. Bd. XXIII. S. 558.

5) Broadbent, Medic. chirurgical transactions. Bd. 55. 1872. p. 146.

6) Ball et Sequin, Archive of Med. 1881. p. 136.

7) Laquer, Neurolog. Centralbl. 1888. p. 337.

8) Lannois et Tournier, Revue de Médecine. Bd. XVI.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wie bei einer fremden Sprache, die zufällig aus denselben Lauten zusammengesetzt ist, Das leise sowie das laute Vorlesen geschieht ohne Verständniss. Beim Spontanschreiben bleibt die Form der Buchstaben gewahrt, dieselben werden aber sinnlos durcheinander geworfen. Das Schreiben auf Dictat ist ungestört, aber ohne Verständniss.

Symptomenbilder, die mit dem hier skizzirten ohne begleitende Worttaubheit oder Aphasie völlig übereinstimmen, sind, wie bereits Wernicke betont, sehr selten und es bleibt vorläufig unentschieden, ob nicht, wie dies bei der motorischen Aphasie der Fall zu sein scheint, auch diese rudimentäre, in Rückgang befindliche Aphasien darstellen. Klinische Thatsachen weisen mit Entschiedenheit darauf hin, dass der Wortbegriff mit den Wortklangbildern gleichzeitig verloren geht, ob wir nun diese mit jenen identisch erklären wollen, oder an ein mittelbares Auslöschen zu denken haben.

Eine dritte Theorie über das Zustandekommen der Alexie enthalten Flechsig's[1]) Anschauungen über die Functionen der associativen Centralneurone des Gyrus angularis. Diese hätten, seiner Annahme zu Folge, die Wortbilder der verschiedenen, beim Leseact betheiligten Sinnessphären, zu psychologischen Einheiten, zu associativen Complexen höherer Ordnung zusammenzufassen. Es seien Verknüpfungen der Buchstabenbilder mit den Lautvorstellungen, welche sehr wahrscheinlich die Rinde des Gyrus angularis enthalten. von Monakow's Ansicht, das Auftreten von Alexie sei hier nur die Folge einer Verletzung des Markinnern, erklärt Flechsig, auf einer, von seinem Assistenten Dr. Salzburg angelegten Statistik, fussend als irrig. Es ist zwar richtig, dass gewisse Autoren im Sectionsbefund von reiner Rindenerkrankung sprechen, wenn man aber die beigegebenen Abbildungen oder die übrigen pathologischen Veränderungen am Gehirn, welche das Protokoll zu registriren pflegt, in's Auge fasst, dann wird man von der Unhaltbarkeit der Behauptung einer reinen corticalen Läsion bald überzeugt.

Ich würde über den Rahmen dieses Arbeitsplanes hinausgehen, wollte ich die Unzuverlässigkeit derartiger Angaben an der Vollzahl der in der Litteratur vorfindlichen Fälle illustriren. Eine Auslese möge zur Exemplification genügen, ohne dass ich mich hierbei an die oben berührte Zusammenstellung Salzburg's binde.

---

1) P. Flechsig, Einige Bemerkungen über die Untersuchungsmethoden der Grosshirnrinde, insbesondere des Menschen. Königlich Sächsischen Gesellschaft der Wissenschaften zu Leipzig. Sitzung vom 11. Januar. 1904. S. 222.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wende ich mich zuerst dem interessanten Fall von Thomas[1]) zu, in welchem ein kleiner Erweichungsherd im vorderen (!) Theil des linken Schläfelappens die Symptomenreihe der sensorischen Aphasie, Paraphasie, Jargonaphasie, Agraphie, vollständige Worttaubheit, ausgesprochene Wortblindheit und Unfähigkeit des Copirens hervorgerufen haben sollte. Der Herd hatte ausschliesslich die Rinde eingenommen. Indess ist der Fall nur in wenigen Zeilen berichtet; weder eine genaue Abbildung der Gehirnoberfläche, welche die Ausdehnung der Läsion schätzen liesse, noch skizzirte Durchschnitte sind dem Bericht eingefügt. Dass die ausschliessliche Erkrankung der Rinde des linken vorderen Schläfelappens zu den angeführten Ausfallserscheinungen irgend welche Beziehungen gehabt haben könnte, wie der Autor anzunehmen scheint, wäre eine Annahme, die mit allen über diese Hirngegend bisher gemachten Erfahrungen im Widerspruch stände. Es ist somit dieser Fall ein Unicum und es bedarf keines weitläufigen Raisonnements, um seine Unbrauchbarkeit für Localisationszwecke darzuthun, solange die aphoristische Mittheilung desselben nicht durch eine seiner Aussergewöhnlichkeit Rechnung tragenden erschöpfende Darlegung ersetzt wird.

Nicht weniger befremdet ein Sectionsbericht Balzer's[2]). Ein 62jähriger Mann wurde aphasisch, rechtsseitig paretisch, konnte die Zunge nur mit Mühe hervorstrecken, nicht nachsprechen, war worttaub, wortblind und optisch aphasisch. Es bestand Amnesia verbalis und die vorgesprochenen Worte hatte er bald vergessen. Am Sectionstisch stellte man eine vollständige (complètement) Thrombose des vierten Astes der linken Arteria fossae Sylvii fest. Das Grosshirn bot reine Rindenerweichungen. Rücksichtlich der anzuknüpfenden Kritik lege ich dem Urtheil des Lesers das Original im Wortlaut vor: „Un immense foyer de ramolissement cortical, anfractueux, et irrégulier' occupant presque toute la première circonvolution temporale, la scissure parallèle et le bord supérieur de la deuxième circonvolution temporale et d'autre part se prolongeant en arrière de manière à attendre en haut la partie inférieure du lobule pariétal inférieur et du pli courbe et en bas la partie postérieure de la deuxième circonvolution temporale pour s'arrêter aux limites du lobe occipital".

Wenn, wie versichert wird, der vierte Ast der Sylvi'schen Arterie wirklich vollkommen obturirt war, so konnte die Malacie nicht auf die Rinde beschränkt gewesen sein, da nicht bloss diese, sondern auch das

---

1) M. Thomas, „Un cas d'aphasie sensorielle". Revue médic. de la Suisse Romande No. 6. pag. 463.

2) Balzer, Gazette Médic. de Paris, 1884. pag. 97.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hemisphärenmark von Zweigen dieses Blutgefässes gespeist wird. Einfache Rindenerweichungen sind ausnahmslos engbegrenzt und ein immenser Erweichungsherd, der bloss die Rinde der ersten, des oberen Randes der zweiten Schläfewindung, der Parallelfurche, des unteren Scheitelläppchens, sowie des Gyrus angularis abgekappt hätte, ist nach allgemeiner pathologisch-anatomischer Erfahrung, insbesondere bei Verschluss des vierten Astes der Arteria Fossae Sylvii undenkbar.

Der Verschluss derselben Arterie hat bei einer 24jährigen intelligenten Kranken, laut Bericht, Störungen der Spontansprache, Worttaubheit, Wortblindheit, Agraphie hervorgebracht, welche M. E. D. Heilly und M. A. Chantemesse untersuchten[1]). Am Gehirn der Verstorbenen war die Rinde der oberen Hälfte der ersten Temporalwindung, des grössten Theils der unteren Scheitelwindung und des vorderen Gyrus angularis erweicht. „Nous sommes assurés alors que la dégénérescence était à peu près exactement limitée à l'écorce grise dans les points correspondents à la coloration jaunâtre visible sur la face corticale."

Vergleicht man mit dieser Schilderung die Ausdehnung des Herdes an dem skizzirten Horizontalschnitt, so bemerkt man, dass derselbe am Uebergang der hinteren Schläfewindung in die Insel aus dem Rindenband heraustritt, den Gipfel einer Temporalwindung abschnürt und das hintere Viertel der wellig contourirten Vormauer in sein Bereich gezogen hat. Gleichwie der vorangehende Fall ist dieser in Hinsicht auf den Umfang der Erkrankung als reine Rindenerweichung schwer zu begreifen.

Eine weitere Beobachtung reiner Rindenerweichung wird von Gogol[2]) mitgetheilt. Das Gehirn eines 28jährigen Mannes, welcher ein Schädeltrauma erlitt, und die Symptome der motorischen, später der amnestischen Aphasie und Alexie zu erkennen gab, wies am linken Schläfelappen, 4 cm nach hinten von der Fissura Sylvii eine ockergelb verfärbte Partie auf, an welcher die Hirnmasse beträchtlich erweicht erschien und die Gyri sich schwer abgrenzen liessen. Ein Durchschnitt durch das in Alkohol gehärtete Gehirn legte eine ausschliessliche corticale Affection dar, welche insbesondere jene Windungen betrafen, die das Operculum zusammensetzen. Durch Schrumpfung lagen die Inselwindungen zu Tage. Die weisse Substanz erwies sich gleich den grauen Massen im Innern des Gehirns nirgends patho-

1) M. E. D. Heilly et M. A. Chantemesse, Note sur un cas de cécité et de surdité verbales. Le Progrès médicale 1883. Tome XI.

2) Gogol, Ein Beitrag zur Lehre von der Aphasie. Dissertation Breslau 1873.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

logisch entartet. Das Auffallende dieser Schilderung ist die Erklärung des Freiliegens der Insel in Folge von Rindenschrumpfung der Pars opercularis. Wenngleich hier dem Rindengrau das absolute Uebergewicht am Volumen des Klappdeckels zufällt, ist in Ermangelung einer an Abschnitten gebotenen detaillirteren Einsicht in die Lagebeziehungen des Herdes zu den Leitungsbahnen des Hemisphärenmarks ein Schluss auf mögliche Functionsstörungen in Folge einer durch blosse Rindenschrumpfung herbeigeführten Reduction des Klappdeckels, nicht ohne Weiteres zulässig. Uebrigens erscheint es auch zweifelhaft, ob die hier vorgelegene Dyslexie mit der Wortblindheit der Autoren etwas gemein hatte.

Von mancher Seite ist dem Fall 35 in Henschen's Pathologie (Bd. I) eine ausschlaggebende Bedeutung zugeschrieben worden[1]). Ein 18jähriges, angeblich nicht hereditär belastetes Mädchen, welches seit längerer Zeit kränkelte, hustete und Blut spuckte, erkrankte unter den typischen Erscheinungen einer Meningitis tuberculosa. Sie verlor bald die Orientirung und konnte sich an Jüngstvergangenes nur schwer erinnern. Nebenher fiel den Untersuchern eine eigenthümliche Lesestörung auf. „Sie konnte allerdings einzelne Buchstaben wiedererkennen und wenn diese zollgross waren, ihren Namen Elisabeth zusammenbuchstabiren, aber das geschah langsam und zögernd. Bei dem Versuch, in einem Gesangbuch mit grossen Buchstaben zu lesen, gelang es ihr nicht ein Wort richtig zu lesen“ . . . . „Sie erkannte nicht kleine, wohl aber grosse Buchstaben.“ Die Patientin starb am 17. Krankheitstag. Am Gehirn bot sich der Befund einer basalen tuberculösen Meningitis. „Im hinteren Theil des linken Parietallappens an der Grenze zwischen Mark und Rinde in der Tiefe eines Sulcus ein kleinerer, gerundeter weissgelber, käsiger Herd von 4 mm Diameter“ . . . „An seiner Peripherie befand sich ein Ring graugelber frischer Tuberkel. Die Gehirnsubstanz war in der Nähe des Herdes grauroth.“

Das gewichtigste Bedenken, welches gegen die Verwendbarkeit dieses Falles spricht und von Redlich mit Recht geltend gemacht wurde, ist die Schwierigkeit, aus dem durch die Entzündung der Hirnhäute provocirten Symptomenkreis Herderscheinungen abzuscheiden. Auch vermochte die Ausdehnung der Läsion der strengen Forderung einer rein corticalen Erkrankung nicht zu entsprechen. Die Verlegung des Tuberkels „an die Grenze zwischen Rinde und Mark beweist, dass letzteres durch den Herd unmittelbar geschädigt worden war. Wie weit die graurothe, sicher pathologische Verfärbung die Markgebiete

1) Henschen, Pathologie des Gehirns, Upsala 1892. S. 205. Fasc. 35.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in der Umgebung des Tuberkels verändert hat, ist nicht mit wünschenswerther Ausführlichkeit geschildert, der Umstand jedoch, dass Patientin an Farbenhallucinationen litt, lässt an eine Einwirkung auf die centrale Sehbahn denken. Ueber Vermuthungen hinaus zu klaren Anschauungen vorzudringen, verbietet aber die Unterlassung einer die feinere Topographie blosslegenden Untersuchung[1]).

In einer Sammlung von über 100 Beobachtungen von Alexie, welche ich aus der Litteratur zusammengebracht habe, und in denen die Betheiligung des Marklagers am Krankheitsprocess erwähnt ist, fanden sich einzig die besprochenen fünf, welche die Versicherung reiner Rindenerweichung enthielten. Dieses Missverhältniss ist vielsagend. Weit mehr in die Waagschale fallen ferner die Widersprüche, die sich aus der kritischen Beleuchtung dieser wenigen Krankenberichte aufdrängen. Es wird daher abgesehen von der directen Erweisbarkeit der Functionslosigkeit der Angularisrinde die indirecte, in dem Erfahrungssatz, dass die Symptomenreihe bei Erkrankung des linken Gyrus angularis stets auf Zerstörung seines tiefen Markes zu beziehen sei, hierdurch zum Ausdruck gelangen.

Quensel[2]) hat sich in einem für die IX. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen bestimmten Vortrag über den Gehirnmechanismus der Alexie unbestimmter als später Flechsig ausgesprochen. Er behauptet nahe Beziehungen der amnestischen Aphasie zur Alexie, wenngleich er zugeben muss, dass letztere die erstere keineswegs constant begleite. Seinen Ausführungen mangelt jedoch die solide Basis einer klaren, wissenschaftlich fundirten Anschauung über die Localisation der corticalen Wahrnehmungs- und Erinnerungsbilder. Seine vage Ausdrucksweise gleitet mit vieldeutigen Wendungen über diese prinzipielle Frage hinweg. Quensel schreibt: „Ich stehe auf dem Boden der Annahme, dass bereits die Wiedererkennung einer sinnlichen Wahrnehmung ein associativer Act ist, und dass Wahrnehmungs- und Erinnerungsbilder, wenngleich nicht räumlich scharf geschieden, doch an ein getrenntes und relativ selbstständiges anatomisches Substrat gebunden sind.“ Ich frage nun: „Wenn Wahrnehmungs- und Erinnerungsbilder nicht räumlich scharf geschieden entstehen, wie können

1) Welche Grösse ein Rindenherd erreichen muss, um palpable Functionsstörungen zu bewirken, harrt heute noch exacter Entscheidung. Ein bohnengrosser sclerotischer Herd der Rinde einer temporalen Querwindung des linken hinteren oberen Schläfelappens kann, wie ich selbst sah, symptomenlos verlaufen, obgleich bei ausgebreiteter Zerstörung gerade dieser Rindenzone eine Gruppe augenfälliger Krankheitszeichen in Szene zu treten pflegt.

2) Quensel, Neurologisches Centralblatt 1903, No. 23, „Zur Pathologie der amnestischen Aphasie.“

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie dann an ein getrenntes und relativ selbstständiges anatomisches Substrat gebunden sein?"

Ebenso unklar und wenig folgerichtig erscheint mir der von Quensel aus dem Vorkommen einer corticalen Form der reinen einfach litteralen Alexie gezogene Schluss, dass auch associative Complexe höherer Ordnung als einfach sinnliche Vorstellungen eine relativ (?) begrenzte Localisation in der Hirnrinde erfahren. Das Nichtwiedererkennen eines Buchstabens beruht doch auf dem Ausfall einer optischen Vorstellung und nicht eines Complexes von Vorstellungen diverser Sinnesgebiete. Wenn Quensel in die Vorstellung eines Buchstabens eine Componente von Augenmuskelempfindungen einbezieht, so rechnet er mit Grössen, deren Anwesenheit gegebenen Falles erst zu beweisen wäre. Es ist zum Beispiel nicht recht einleuchtend, dass beim Lesen eines U andere Angenmuskelbewegungen ausgeführt werden sollen, als bei Betrachtung eines A. Wie ich glaube liegt kein Grund vor, von der natürlichen Erklärung Hering's abzuweichen, welche für die Fähigkeit der Unterscheidung zweier Sinneseindrücke dieser Art die Verschiedenheit der Gruppirung der gereizten Netzhautelemente in Anspruch nimmt. Sicherlich ist es unstatthaft, auf dem schwankenden Fundament wie der Hypothese, dass die Wahrnehmung eines Buchstabens ausser den Localzeichen der Retina Augenmuskelempfindungen auslöse, eine Theorie der Grosshirnfunctionen zu bauen, welche unserer gesammten klinisch-pathologischen Erfahrung zuwiderläuft.

Als Resumé dieser Erörterungen liesse sich Folgendes ausführen: Forscher wie Dejerine, Bastian, Wernicke, welche die Frage der Wortblindheit auf dem sicheren Boden klinisch-anatomischer Thatsächlichkeit in Angriff nahmen, stellten übereinstimmend eine corticale und subcorticale Form der Wortblindheit auf, wobei wir vorläufig die Meinungsverschiedenheiten bezüglich des Zustandekommens dieser beiden Phänomene ganz unberücksichtigt lassen wollen. Die transcorticale Alexie ist keine Wortblindheit und ihre Existenz, wenn auch nicht in der von Wernicke postulirten Reinheit, beweist, dass Wortblindheit mit dem Verlust der Klangbilder nichts zu thun und derselbe auf die optische Wahrnehmung der corticalen Wort- und Buchstabenbilder keinen Einfluss habe[1]). Hieraus ergiebt sich, dass die grob klinisch-anatomische Methode bisher keinen Anhalt für die Auffassung der Wortblindheit als der Folge einer Associationsstörung zwischen zwei oder mehreren Sinnesgebieten geliefert hat.

---

1) Siehe meine oben citirte Arbeit: „Ueber eine directe Leitung etc." Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nov.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ist dies einmal als gesichert zu betrachten, so dürfen wir weiter fragen, gibt es einen Faserzug im Gehirn, dessen Unterbrechung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zu Wortblindheit geführt hat und wie liesse sich derselbe eruiren? Hier begegnet uns eine Schwierigkeit, die, ungeachtet des Reichthums an Beobachtungen von Wortblindheit, in einer mangelhaften Untersuchungstechnik, welche unfähig, einzelne Bündel zur Darstellung zu bringen, gelegen war. Wollte man aber dieses casuistische Material als unbrauchbar ablehnen, würde der Bruchtheil von Fällen mit eingehend studirten Verhältnissen des subcorticalen Marklagers wegen seines geringen Umfangs nur geringe Beweiskraft besitzen.

Ich werde daher versuchen, auf folgendem Umweg zum Ziele zu gelangen. Ich bediene mich, an das in Naunyn's trefflicher Statistik bewährte Vorbild angelehnt, einer Gehirnskizze, über welche ich ein Quadratgitter lege und versehe die einzelnen Quadrate mit zweistelligen Zahlen, gleichwie Naunyn[1]) mit 10 beginnend und an Zahlen über 100 die erste weglassend (Taf. VIII u. IX). Auf diese Weise erhalte ich jene Grosshirngebiete, deren Zerstörung Wortblindheit am häufigsten zur Folge hat. Da es sich aber ausschliesslich um corticale und gleichzeitig um subcorticale Läsionen handelt, dürfen wir nicht ohne Weiteres die mit dem Maximum an Zahlen belegten Gegenden als die Rindensphären der optischen Wort- und Buchstabenbilder ansehen, sondern zu entscheiden trachten, wann das darunterliegende Mark und wann auch die erkrankte Rinde die klinische Erscheinung der Wortblindheit verursacht hatte. Diese Entscheidung kann nicht dadurch herbeigeführt werden, dass wir Fälle rein corticaler Läsionen solchen mit gleichzeitig subcorticaler Läsion gegenüberstellen, da wir solche ersterer Kategorie, wie oben gezeigt, nicht besitzen, diejenigen aber, deren isolirte corticale Erkrankung durch verlässliche Abbildungen und Schilderungen ausser Zweifel stehen, das Symptom der Wortblindheit garnicht geboten hatten. Letztere besitzen aber noch weitere Eigenthümlichkeiten, auf welche unten eingegangen werden soll.

Wir sind mithin gezwungen, einen Umweg einzuschlagen, indem wir vorerst aus der Vereinigung der subcorticalen Läsionen zu einem bandförmigen Areal jenen Faserzug ausfindig machen wollen, dessen Durchbrechung Wortblindheit, demnach subcorticale Wortblindheit erzeugt. Die anatomische Verfolgung dieses Faserzugs würde dann auf seine Endausbreitung in der Hirnrinde führen, welche das corticale

1) Naunyn, Die Localisation der Gehirnkrankheiten. Referat auf dem Congress für innere Medicin 1887.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Centrum der optischen Wortbilder darstellen müsste. Es ist eine durchaus natürliche Anschauung, von der abzugehen, kein stichhaltiger Grund geltend gemacht werden kann, dass die Erinnerungsbilder bestimmter Sinneseindrücke dort wieder auftauchen, wohin sie von der Peripherie hineingetragen wurden. Diese schon von Meynert als einzig discutirbar hingestellte Möglichkeit würde im speciellen Fall bewiesen sein, wenn Zerstörung dieser Rindenpartie Wortblindheit hervorriefe, und wenn dieses Ereigniss als constant zu bezeichnen wäre.

Hiermit sei jedoch keineswegs einem phrenologischen Widersinn das Wort geredet, welcher ein specielles, nur den Functionen der optischen Wortbilder vorstehendes Rindencentrum, oder gar eine zu diesem führende isolirte Leitung in der Sehbahn voraussetzte. Das Specifische der optischen Wortbilder beruht, worauf bereits eingangs hingewiesen wurde,

1. darauf, dass sie mit der Stelle des schärfsten Sehens der Netzhaut erworben werden. Es verschlägt nichts, wenn wir ab und zu auch mit der peripheren Retina grosse Buchstaben oder kurze Worte erkennen und lesen, denn nur jene Verbände nervöser Elemente, die gewohnter Weise von Reizen getroffen werden, unterliegen dem Vorgang der Bahnung, oder mit einem anderen Worte, dem Gedächtniss, so dass eine spätere Erregung stets die Form der früheren wieder aufleuchten lässt.

2. auf ihrer Beschränkung auf die linke Hemisphäre, worin sie mit den kinästhetischen und acustischen Wortbildern übereinstimmen.

Das Rindencentrum der optischen Wortbilder fällt demnach mit der corticalen Vertretung der Macula der linken Hemisphäre zusammen.

Wo liegt aber die corticale Macula? Wirft man einen flüchtigen Blick auf die beiden Tafeln, von welchen die eine das Gerippe der lateralen Convexität, die andere die medioventrale Grosshirnfläche versinnlicht, dann schwindet dem Gedanken an eine engere Localisation der macularen Gedächtnissspuren jeder Anhalt und man wäre versucht die Totalität jenes Rindenfeldes, das von dem Rain mit Ziffern dichtbesetzter Quadrate durchzogen wird, die Reproductionsfähigkeit macularer Wahrnehmungen zuzuschreiben. Dieses Areal würde den hinteren Abschnitt der ersten, den oberen hinteren Randtheil der zweiten Schläfewindung, das untere Scheitelläppchen mit dem Gyrus angularis, die zweite Hinterhauptswindung, die Lippen der Fissura calcarina, die basale occipitale Fläche umfassen. Das Zusammenwirken dieser Hirntheile in der Schöpfung macularer Gedächtnissbilder müsste als eine Gesammt-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

function gedacht werden, welche durch Elimination eines Gliedes die Lösung ineinander arbeitender Zusammenhänge herbeiführt und hierdurch unmöglich wird. Die unberührte Gesammtarbeit dieses vielverzweigten Mechanismus käme durch eine pathologische Lücke zum Stillstand.

Diese vom ersten Anblick abzuleitende Hypothese hätte nur den Parallelismus des Reichthums macularer Wahrnehmungen mit der Ausgedehntheit eines morphologischen Correlats für sich, ein Parallelismus, der aber für den nicht weniger ansehnlichen Reichthum der kinästhetischen und acustischen Wortbilder nicht zutrifft. Die corticale Sphäre kinästhetischer Erinnerungsbilder (Broca) sowie diejenige der Klangbilder (Wernicke) präsentirten diesem immensen Rindenterritorium gegenüber verschwindend kleine Rindenparzellen. Abgesehen von dieser bei vergleichender Gegenüberstellung einleuchtenden Unwahrscheinlichkeit drängen Thatsachen der klinischen Erfahrung zur Einschränkung.

Bezüglich der ersten und des oberen Theils der zweiten Schläfewindung ist zu bemerken, dass bei isolirter Zerstörung derselben, Wortblindheit nicht zur Beobachtung gelangt, sondern auftretende Alexie nur das Leseverständniss aufhebt; andererseits umfangreichere, auch jene Rindengebiete in Mitleidenschaft ziehende Erkrankungen von Symptomen begleitet, einhergehen, welche die Miterkrankungen dieser Windungen dem klinischen Untersucher anzeigen. (Worttaubheit, amnestische Aphasie, Paraphasie.)

Das linke untere Scheitelläppchen, der Gyrus angularis wird von dem Diagnostiker an dem constanten Symptom der Wortblindheit erkannt. Zieht man aber die Sectionsbefunde mit Rücksicht auf die Betheiligung des Hemisphärenmarks in Betracht, so ergiebt sich eine seltene Uebereinstimmung diesbezüglicher positiver Angaben, eine Uebereinstimmung, welche auch von v. Monakow als zwingend anerkannt wird. Jene wenigen Fälle von Erkrankung des unteren Scheitelläppchens ohne Wortblindheit sind entweder dadurch ausgezeichnet, dass die Strata sagittalia, die Sehstrahlungen Flechsig's vollkommen unversehrt geblieben waren, der Herd an deren äussere Grenze nur herantrat (Henschen, Pathologie Bd. I F. 9) oder sich in dem ventralen Mark (Rothmann) etablirt hatte. Endlich sind die beiden Lippen der Fissura calcarina auch bei doppelseitigem Sitz der Erkrankung durch eine Verdunkelung der Netzhauthälften beider Augen und durch Orientirungsstörungen, nicht aber durch einen Verlust des centralen Sehens oder Wort- und Seelenblindheit kenntlich, wenn, wie ich in einer

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Abhandlung „Zur Theorie des corticalen Sehens“ (Archiv für Psych. Bd. XXXIX) an Beispielen gezeigt habe, die äussere Hälfte des linken G. fusiformis und der untersten occipitalen Convexitätswindung verschont geblieben waren. Aus diesen Thatsachen ist zu schliessen, dass Wortblindheit die Folge einer Läsion im tiefen dorsalen Marklager des Gyrus angularis ziehender Bündel sei, welche zur äusseren basalen Hälfte des Hinterhauptslappens in Beziehung treten, nach vorne hin aber weder mit der Schläfe noch mit der Scheitellappenrinde verbunden sein könne, da weder die erstere bei Zerstörung Wortblindheit, sondern nur Wortklangalexie (v. Monakow) erzeugt, die letztere aber bei bis an die dorsale Sehstrahlung herabreichenden, diese selbst aber nicht versehrenden Herden symptomenlos sich verhält. Der Faserzug muss demnach aus dem Hirnstamm entspringen und in dem abgesteckten Rindenplan des Hinterhauptslappens sein Ende finden.

Fasst man die Structur des Hemisphärenmarks an zu diesem Zwecke einzig brauchbaren Sagittalschnitten durch eine ganze Hemisphäre, welche nach Weigert-Pal gefärbt und so weit entfärbt wurden, dass sich der Stabkranz durch dunklere Tinction heraushebt, in's Auge, und zieht die auf Tafel VIII aus den dicht besäten Quadraten sich gestaltende Formation zum Vergleiche heran, so erkennt man in dem auf der convexen Hemisphärenfläche hervortretendem breiten Bogen einen Faserzug wieder, der aus den hinteren und unteren Sehhügelregionen entspringt, sich jäh hinaufwendend, im unteren Scheitelläppchen seinen höchsten Anstieg erreicht, um leicht schräg nach abwärts zu ziehen und in der basalen Rinde des Hinterhauptslappens einzustrahlen.

Da sich dieser an entsprechend entfärbten Sagittallschnitten durch ein ausgewachsenes Gehirn leicht abhebbare und verfolgbare Faserzug aus gleichzeitig mit Markscheiden sich umhüllenden Elementen zusammensetzt, ist derselbe auch an Abschnitten aus dem Grosshirn weniger Wochen alter Kinder in seiner Vollständigkeit markreif und springt, zumal die hier markscheidenlose und daher ungefärbte, dort aber mattere Umgebung verschwindet, greifbarer in's Auge.

Aus diesem, und aus technischen Gründen, welche die Wiedergabe kleinerer Objecte thunlicher erscheinen lassen, führe ich die Reproduction von schrägsagittalen Abschnitten durch ein wenig Wochen altes Kindergehirn, welche mir Herr Geheimrath Flechsig liebenswürdigst überliess, dem Leser zur vergleichenden Betrachtung (Siehe Fig. 1, 2 u. 3 im Anhang, S. 696 und 697) vor.

Der Umfang jener Rindenfläche, welche diese Bündel aufnimmt, konnte ich auf Grund secundärer Degenerationen nach einer alten

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Malacie im linken unteren Scheitelläppchen bestimmen und in der That ist es einzig die basale Rinde des Hinterhauptslappen, in welche die compacten Ausläufer dieses Faserzuges in Form weisser, ungefärbter Strahlenbüschel eintreten.

Die bei Erkrankung des tiefen, linken Angularismark auftretende Wortblindheit ist daher eine subcorticale, diejenige bei Erkrankung der basalen occipitalen Rinde eine corticale. Das Rindencentrum der optischen Wortbilder liegt an der Grundfläche des linken Hinterhauptslappens und überragt an Ausdehnung wohl kaum die ihm entsprechenden kinästhetischen und acustischen Centralorgane im Stirn- und Schläfelappen.

Dem Leser zur Controlle gebe ich die Casuistik im Ueberblick, deren vermerkte Läsionsbezirke in beiden Gehirnskizzen Aufnahme gefunden.

A. Herde an der convexen Hemisphärenfläche.

10. (Henschen, Beiträge zur Pathol. des Gehirns, Upsala, 1892, F. 35, S. 205.) 18jährige Patientin erkrankt mit heftigen Nacken- und Rückenschmerzen, beantwortet an sie gerichtete Fragen mit einer gewissen Anstrengung. Gedächtniss schlecht, besonders für die Jüngstvergangenheit. „Sie kann allerdings einzelne Buchstaben wiedererkennen und wenn diese zollgross sind, ihren Namen Elisabeth zusammenbuchstabiren, aber das geschieht langsam und zögernd. Bei dem Versuch in einem Gesangbuch mit grossen Buchstaben zu lesen, gelang es ihr nicht, ein Wort richtig zu lesen". Auf Agraphie nicht untersucht. Bei der Prüfung der Sehschärfe wird erwähnt: „Sie erkennt nicht kleine, wohl aber sehr grosse Buchstaben". Tod am 17. Krankheitstage.

Sectionsbefund: Basale tuberculöse Meningitis. Linke Hemisphäre: „Im hinteren Theil des linken Parietallappens an der Grenze zwischen Mark und Rinde in der Tiefe eines Sulcus ist ein kleiner, gerundeter, weissgelber käsiger Herd von 4 mm Diameter vorhanden. Das Centrum ist in Erweichung begriffen" . . .

„An seiner Peripherie befindet sich ein Ring graugelber frischer Tuberkel. Die Substanz ist in der Nähe des Herdes grauroth".

11. (Derselbe, Neurolog. Centralbl. 1886, S. 424.) 55jähriger Mann, Schlaganfall, totale atactische Aphasie, Lähmung der rechten Extremitäten. Besserung derselben, Abnahme der Aphasie. Später amnestische Aphasie, die bis ein Monat vor dem Tode vorhanden ist. Worttaubheit nicht mit Sicherheit zu erweisen, wohl aber Wortblindheit.

Sectionsbefund: Erweichung des linken Gyrus angularis.

12. (Vialet, Le centres cérébraux de la vision. Paris 1893, Observ. V.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

p. 312.) 63jähriger Mann, vor 7 Jahren vorübergehende rechtsseitige Hemiplegie, bemerkt eines Morgens, dass er die Zeitung nicht weiter lesen kann. Keine Spur von Worttaubheit, optischer Aphasie oder Seelenblindheit. Transitorische schwere Paraphasie. Agraphie (Spontan, Dictat und Abschrift), die sich nur wenig bessert. Buchstabenblindheit bessert sich, da Patient c und g erkennen kann. Zweistellige Zahlen werden noch gelesen.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erweichungsherd von einem 5francstückgrossen Durchmesser. Er nahm die unteren Dreiviertel des Gyrus angularis ein. Die Erweichung erstreckte sich in Form eines Keils medialwärts bis an das Hinterhorn, den grössten Theil der Sehstrahlung zerstörend. Rechts zwei walnussgrosse Herde im Putamen und dem vorderen Thalamus.

13. (Sigaud, Le Progrès médical, 1887, Bd. II, No. 36, p. 177.) 77jährige Patientin, mit 69 Jahren Pneumonie, vor $2^1/_2$ Jahren eine zweite Pneumonie. Im Verlaufe derselben Verlust der Sprache, Ameisenlaufen in den Gliedern, keine Hemiplegie. Die aphasischen Störungen schwinden, kurze Worte vermag Patientin zu schreiben, wenn sie lang sind, geräth sie in Verwirrung. Keine Worttaubheit, keine Wortblindheit (?), aber l'amnesie verbale visuelle. Bei der Aufnahme rechtsseitige Ptosis, leichter Grad von Nystagmus nach rechts.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Isolirter Erweichungsherd im Mark der II. Parietalwindung, welcher bis an die daselbst verschmälerte Rinde heranreicht.

14. (Berkhan, Archiv für Psychiatrie. Bd. XXIII, S. 558.) 50jähriger Bäcker erleidet einen Schlaganfall, in Folge dessen die Sprache unverständlich wird. Worttaubheit, Anfangs amnestische Aphasie (opt. und tactile Aphasie), a, i, o werden gelesen, sonst wort- und buchstabenblind. Lesen gedruckter Zahlen unmöglich. Dictatschreiben mit Weglassen von Worten und Silben, Copiren sehr gestört. Mässige Einschränkung der oberen Gesichtsfeldhälfte.

Sectionsbefund: Erweichungsherd im Gyrus angularis, dessen Rinde und Mark zerstörend.

15. (v. Monakow, Neurolog. Centralbl. 1890. Nr. 6. S. 508.) Kunstmaler, 5 Jahre vor dem Tode apoplectischer Anfall mit Zurückbleiben einer incompleten rechtsseitigen Hemiplegie. Störungen des Muskelsinns dieser Seite. Unvollständige, rechtsseitige Hemiopie, Wortblindheit, Verlust der Compositionsgabe.

Sectionsbefund: Erweichung im Marklager des linken Gyrus angularis, des Präcuneus und Cuneus.

16. (Vialet, Le Centres cérébraux de la vision. Paris. 1893. Observ. IV. p. 295.) 63jähriger Mann, Schlaganfall, lässt nicht viel von einer rechtsseitigen Hemiplegie erkennen. Schwere Sprachstörung, Worttaubheit. Copiren nachzeichnend. Dictat und Spontanschreiben absolut unmöglich. Keine Seelenblindheit. Sehr ausgesprochene Paraphasie. Rechtsseitige Hemiopie schien vorhanden. Wortblindheit.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre. Hintere Hälfte und hinteres Drittel der ersten und zweiten Temporalwindung, sowie die dritte Temporalwindung

Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

an ihrem Uebergangstheil in den Hinterhauptslappen erweicht. Die zweite Parietalwindung erweicht. O_1 intact, O_3 nur wenig afficirt. Die Erweichung in P_2 reicht in der weissen Substanz bis zum Ventrikel.

17. (Bianchi, Berliner klin. Wochenschr. 1894. Nr. 14.) 71jähriger Mann, rechtsseitige Hemiplegie, rechtsseitige Hemiopie, links Facialisparese, Paraphasie, Wortblindheit. Dictatschreiben gut, Spontanschreiben mit Fehlern, Abschreiben unmöglich. Gleichgewichtsstörungen, rechtsseitige Gesichtshallucinationen, epileptiforme Anfälle mit folgender Schwäche einzelner Extremitäten, starb im Coma.

Sectionsbefund: Rechte Hemisphäre: Kleiner Erweichungsherd im äusseren Segment des Linsenkerns. Linke Hemisphäre: Alter Erweichungsherd im Gyrus angularis, verschont die I. und II. Schläfewindung, erstreckt sich aber im tiefen Mark bis zum Hinterhorn des Seitenventrikels.

18. (Cramer, Archiv für Psych. XXII. S. 141ff.) 62jähriger Oberförster, verwirrt, keine Hemiopie, Verarmung des Wortschatzes, optische Aphasie, Worttaubheit, Nachsprechen sehr fehlerhaft. Buchstaben werden gelesen, Worte nicht. Namen von Gegenständen, die er nicht bezeichnen kann, vermag er auch nicht aufzuschreiben. Schreibt auf Dictat paragraphisch, copirt ganz verkehrt. Symptome von Seelenblindheit.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Die ganze Markleiste der hintersten zwei Drittel der ersten Schläfewindung und des angrenzenden Stücks der Marginalwindung sowie der Uebergangswindung zur Insel ist in eine braune Narbe mit cystösem Inhalt verwandelt.

19. (Henschen, Pathologie d. Gehirns. f. 28. S. 174.) Schlaganfall, hernach fehlerhaftes Lesen längerer Worte, selbst bei lautem Buchstabiren verwechselt Patient ähnlich aussehende Buchstaben und Ziffern beim Lesen und Schreiben. Copiren recht gut, Spontanschreiben schlechter. Keine Worttaubheit, keine amnestische Aphasie, vorübergehende Seelenblindheit, eine Sehhallucination.

Sectionsbefund: Kleine Malacien in der rechten Hemisphäre, deren Stirnlappen, unteres Scheitelläppchen, zweite Occipitalwindung und oberen Cuneusrand befallend. Linke Hemisphäre: Im Fuss von F_2 eine gerundete 15 bis 20 mm im Durchmesser grosse Malacie. In P_2 eine unbedeutende an der Oberfläche wenig sichtbare Malacie, welche sich an der Grenze des Hinterhauptslappens befindet. Die Malacie bildet einen 1—3 mm breiten und circa 16 mm langen Streifen, welcher grösstentheils unter der Oberfläche verborgen liegt. Die Malacie gehört sowohl P_2 als O_2 an. Eine sehr kleine Malacie in der Fissura interparietalis. Die Sehstrahlung ist nur in ihrer oberen medialen Begrenzung von einer Malacie berührt.

20. (Derselbe, Pathologie des Gehirns. I. S. 132.) 70jähriger Patient mit Magenkatarrh aufgenommen, apoplectischer Insult, rechte Gesichtshälfte gelähmt, Zunge weicht nach rechts ab. Sensibilität am ganzen Körper herabgesetzt. Rechter Arm vollkommen peralytisch. Reflexerregbarkeit im linken Bein gestört. Motorische Aphasie, Wortblindheit, Worttaubheit, rechtsseitige Hemiopie.

Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Die untere Spitze der vorderen und hinteren Centralwindung und der hintere Abschnitt von F_3 sind malacisch, Der grösste Theil von T_1 und T_2 erweicht, ebenso ein beträchtlicher Antheil des Gyrus angularis.

21. (Halipré, Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 1905. 18. Année. No. 1.) 67jährige Frau mit rechtsseitiger Hemiplegie, die sich allmählich einstellte, rechtsseitige Hemianästhesie, später Dysarthrie. Keine Hemiopie. Keine Worttaubheit, Sätze werden correct gebildet und ausgesprochen. Amnesia verbalis, wenn Gegenstände gezeigt werden. Nachsprechen sehr mangelhaft. Vollständige Wortblindheit, partielle Buchstabenblindheit. Patientin kann bis 10 zählen. Dictatschrift sehr unvollkommen; Abschreiben und einfaches Nachzeichnen einzelner Buchstaben.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Alter Herd nimmt die untere Lippe der Fissura Sylvii ein. „Cette circonvolution est atrophiée sclerosée, réduite à une mince lame transversale limitant en bas foyer.“ In der Tiefe erreicht die Erweichung die weisse Substanz der I. Temporal- und II. Parietalwindung. Die Läsion erstreckt sich bis zur Spitze des Hinterhauptslappens. Eine oberflächliche Erweichung des linken Paracentralläppchens. In der rechten Hemisphäre eine subcorticale Erweichung der III. Stirnwindung. Im linken unteren Scheitelläppchen ist das Tapetum und die Sehstrahlung zwar verschont; im Uebergangsgebiet in den Sulcus interoccipitalis jedoch in ihrem dorsalen Antheil durch den Herd vollständig vernichtet.

22. (Hun, American Journ. of medic. Science. Bd. XCIII. 1887. p. 151.) 66jähriger Mann bis 9. November 1876 gesund, wo er an Typhoidfieber erkrankte, aphasisch und hemiplegisch wurde. Dann Delirien. 6. Juli 1877 Aphasie, rechte Hand paretisch anasthetisch. Leichte Aphämie. Wortblindheit. Agraphie. No disturbance of sight, hört gut.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erweicht ist die ganze hintere Centralwindung mit Ausnahme eines schmalen, der Fissura interparietalis zunächst gelegenen Streifens. Der anstossende Theil der ersten Scheitelwindung sowie des Gyrus supramarginalis, die zweite Scheitelwindung und des Gyrus angularis fast ganz malacisch.

23. (Bleuler, Archiv für Psych. XXV. Bd. S. 32—73.) 66jähriger Arbeiter erleidet plötzlich einen Anfall mit Bewusstseinsverlust. Rechtsseitige Hemiplegie. Conjugirte Abweichung der Bulbi nach rechts. Kauen und Schlingen stark erschwert. Verringerung des Wortschatzes (die Substantiven fehlen). Das Verständniss für die Lautsprache schien normal. Sensibilität am rechten Bein abgeschwächt. Sensorium vollkommen klar. Nachsprechen kann Patient alles. Lesen kann Patient nicht einmal den eigenen Namen. Buchstaben werden auch durch Nachfahren mit der Hand nicht erkannt, ebensowenig Zahlen. Falsche Anwendung und Neubildung von Worten. Keine Spur von Seelenblindheit. Verlust des Lagegefühls im rechten Arme. Rechtsseitige Hemiopie. Tod an Gangän des Fusses.

Sectionsbefund: In der Mitte der linken Convexität eine ganz schlaffe, gelbbräunliche Erweichung. Dieselbe hat vernichtet: Beide Centralwindungen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit Ausnahme eines circa 1 cm langen Stückes an ihrem oberen medialen Ende, die Insel, die innere Fläche des Klappdeckels des Schläfelappens mit Ausnahme des die eigentliche obere Schläfewindung bildenden Wulstes, den Gyrus supramarginalis von den Wandungen des verticalen Astes der Fossa Sylvii (exclusive) bis zum Uebergang in die obere Schläfewindung, woselbst noch ein Stückchen von ca. 1 cm normal aussieht; die der hinteren Centralwindung anliegenden Theile beider Scheitellappen, in ausgedehnterem Maasse des unteren. . . . Die hintere obere Temporalwindung ist stark erkrankt.

24. (W. Elder, The clinical varieties of visual aphasia. The Edinb. med. journ. May. 1900. Case I.) Leichte Parese des rechten Arms und Beins. Hörte und verstand, was man zu ihm sagte (keine Worttaubheit). Seine Schrift war grösser als seine gewöhnliche Handschrift. Spontan, Dictat und Abschreiben gestört. Keine Hemiopie, keine Seelenblindheit. Wort-, aber keine Buchstabenblindheit.

Sectionsbefund: „A patch of yellow softening was seen and felt at the posterior end of the fissure of Sylvius. It was almost a circular patch and measured fully an inch in circumference. It involved the posterior third of the supramarginal convolution and the angular gyrus, and extended from above the interparietal fissure to a slightly lower level than the posterior end of the parallel fissure. It reached as far back as the first occipital convolution. The posterior ends of both the Sylvian and the parallel fissures were thus included in the area of softening".

25. (Leyden, Virchow's Festschrift 1891. Bd. III. S. 302.) 50jähriger Patient, bis vor einem halben Jahre gesund, dann Anfälle von Kopfschmerzen im Hinterhaupt mit Bewusstseinsverlust. Sprachstörung in Form einer amnestischen Aphasie. Wortblindheit, Seelenblindheit.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erweichung des oberen, unteren Scheitelläppchens und der ersten Occipitalwindung.

26. (Henschen, Pathologie des Gehirns. F. 41. S. 394.) Am 23. November 1886 erleidet Pat. den ersten, im December den zweiten Schlaganfall. Aphemie. Worttaubheit. Agraphie. Amnestische Aphasie. Tastsinn am rechten Arm und Bein gestört, Berührungsempfindung abgestumpft. Paraphasie. Rechtsseitige Hemiopie. Wortblindheit.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Die erste und zweite Schläfewindung ist grösstentheils, die dritte vollständig malacisch. Ebenso der ventrale Antheil des Gyrus angularis. Die zwei oberen Occipitalwindungen sind in ihren dorsalen Gebieten erhalten, nach vorne zu geschrumpft. O_3 ist vollständig malacisch. Vom G. ling. ist nur der dorsale Theil zurückgeblieben. Die Spitze des Hinterhauptlappens ist intact.

27. (Derselbe, ebenda I, S. 123.) M. Z., 34 Jahre alt. Im Decemb. 1887 eine Mammageschwulst nach Trauma. Der Anfang der Gehirnkrankheit datirt vom Juni 1889. Die gewöhnlichen Symptome einer Hirngeschwulst. Seelenblindheit tritt Ende Juli auf. Bedeutende Abnahme der Sehkraft. Zuerst rechtsseitige Hemianopsie, dann vollständige Blindheit. Wahrscheinlich Wort-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

blindheit und amnestische Aphasie. Deviation conjuguée nach links. Schon Anfang August, ehe die Sehkraft in nennenswerthem Grade abgenommen hatte, konnte Pat. eine Zeitung nicht lesen.

Sectionsbefund: Eine Menge zerstreuter cystöser carcinomatöser Geschwülste, von denen einige grössere das Mark der Occipital- und Parietallappen diffus einnehmen. Die grössten liegen in der linken Grosshirnhälfte. Sie durchsetzen in beiden Hemisphären die Sehstrahlung in verschiedener Ausdehnung an verschiedenen Stellen. (Siehe die Abbildung.)

28. (Freund, Archiv f. Psych. XX. S. 276.) 57jähriger psychotischer Mann, verwirrt, seelenblind, optisch aphasisch, wortblind, agraphisch. Keine Lähmung, keine Sensibilitätsstörung, Phototopsien. Totale homonyme rechtsseitige Hemianopsie.

Sectionsbefund: Multiple Sarkomatose des linken Parietallappens; mehr dem oberen als dem unteren angehörend. Degenerativ myelitische Herde im Markkörper des Hinterhaupts und Schläfelappens. Thalamus, äusserer Kniehöcker und Pulvinar erweicht.

29. (Henschen, Neurolog. Centralbl. S. 424. 1886. F. 3.) 57jährige Frau, herzkrank; erleidet in der Nacht einen Anfall. Schmerzen in der linken Stirn- und Schläfegegend, kann am nächsten Morgen weder sprechen noch lesen. Amnestische Aphasie. Paraphasie, keine Worttaubheit, aber Wortblindheit.

Sectionsbefund: Linke obere Spitze von T_1 und T_2 und Gyrus ang. erweicht.

30. (Derselbe, ebenda. F. 4.) 29jähriger Mann, Schlaganfall, 14 Tage bewusstlos, Lähmung der rechten Körperhälfte, Aphasie, partielle Worttaubheit, fast complette Wortblindheit. Amnestische und ataktische Aphasie. Paraphasie.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: T_1 T_2 T_3 und Gyrus angularis erweicht.

31. (Wernicke-Förster, im „Aphasischen Symptomencomplex" von Wernicke. Breslau 1874. S. 47.) 64jähriger Mann bemerkt am 15. März 1874, dass er weder lesen noch schreiben kann. Rechtsseitige Hemiopie. Macula 5^0 bis 10^0 im Umkreis erhalten. Am linken Auge Einschränkung nach links. Hemiplegia dextra. Tod nach 20 Monaten.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: „Die Rindenerweichung fällt mit ihrer Oberfläche etwa zu $^2/_3$ in den Occipitallappen, zu $^1/_3$ in den Scheitel- und Schläfelappen. Vom Hinterhauptslappen ist gerade die Mitte der Convexität zerstört." . . . „Die hintere Spitze reicht 2 cm nach hinten von einer idealen Fortsetzung des Sulcus parieto-occipitalis, nach oben grenzte sie an den Sulcus interparietalis, nach vorne an der Oberfläche bis an die Umbeugungsstelle der T_1 um die Fissura Sylvii; nach unten setzte sie sich in eine dünne, in der Furche zwischen T_1 und T_2 gelegene erweichte Stelle fort, in der weissen Marksubstanz reichte sie bis in die Mitte des Gyrus postcentralis."

32. (Reinhard, Archiv f. Psych. Bd. XVIII. S. 244. F. 13.) Hereditäre Belastung. Trunksucht. Apoplektiforme Anfälle. Vorübergehende rechts-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seitige Lähmung, transitorische Aphasie. Ziemlich hochgradige homonyme rechtsseitige Hemiopie, später Abnahme derselben bis auf einen geringen Rest. Bleibende Störung des Farbensinns. . . . . Sodann kann Pat. ziemlich viele Worte nicht erkennen. Beim Buchstabiren stellt sich heraus, dass er mehrere Buchstaben nicht erkennen und benennen kann. . . . . Die Worte, welche er nicht lesen kann, sind grössentheils solche, die nicht gerade jeden Augenblick gebraucht werden.

Sectionsbefund: Rechte Hemisphäre: Sklerose und Atrophie der II. Schläfewindung bis in den Hinterhauptslappen reichend. Linke Hemisphäre: Sklerose und Erweichung der Spindelwindung und angrenzenden Partien der Zungenwindung, des Ammonshorns, des oberen Scheitellappens und der Pli de passage. Die hinteren Zweidrittel der Fiss. interparietalis sind bis in die Spitze des Occipitallappens erweicht.

33. (Müller, Arch. für Psych. Bd. XXIV.) 56jährige Kranke klagte über Kopfschmerzen, allmälige Abnahme des Sehvermögens. Später Tremor der rechten Hand, hierauf Lähmung der rechten Gesichtshälfte und der rechtsseitigen Extremitäten. Optische Aphasie. Seelenblindheit. Totale rechtsseitige Hemiopie und eine nicht unbedeutende Einengung der linken Gesichtshälfte. Wortblindheit. Partielle Buchstabenblindheit. Spontanschreiben, soweit es der Tremor der Hand gestattet, gut. Dictatschreiben grossentheils correct. Abgeschrieben werden auch solche Buchstaben richtig, welche sie mit dem Gesichtssinn nicht erkennen kann. So kann sie den Buchstaben G nicht lesen, schreibt aber ein G nach und erkennt es dabei. Kurze Zeit darauf kann Patientin das G wieder nicht lesen. Doppelseitige Stauungspapille. Tod nach 7 Jahren an einer Schluckpneumonie.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Der Occipitallappen enthält eine kleinapfelgrosse harte, bläulich rothe, in die hintere Spitze hineinragende Geschwulst. An der Unterfläche desselben ein eigenthümlicher wie abgeklemmter Complex blasser Gyri. Diese Erweichung erstreckte sich im Marklager nach nach vorne und medial bis in den hintersten Theil des Balkens. Der rechte Cuneus durch den linksseitigen Tumor etwas abgeplattet.

34. (Lannois, Lyon médical, 1897. No. 14.) Sensorische Aphasie mit Wortblindheit ohne Worttaubheit, rechtsseitige homonyme Hemianopsie.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Obliteration des vierten Astes der Arteria Fossa Sylvii und eine Erweichung, welche den Gyrus angularis, den oberen Theil der zweiten Parietalwindung, die zweite Occipitalwindung, die zweite Temporalwindung, den hinteren Theil der ersten, die untere Grenze der Fossa Sylvii, die Gyri transversi einnahm.

35. (Reinhard, Arch. für Psych. Bd. XVII. F. 6.) Erblich belasteter Patient, der an Caries litt, ist gegenwärtig senil dement. Epileptiforme Anfälle; Nystagmus. Lebhafte Gesichtstäuschungen. Absolute unvollständige homonyme linksseitige und rechtsseitige Hemiopie. Vorübergehende Seelen- und Rindenblindheit. Wortblindheit. Schmerz im Hinterkopf. Transitorische linksseitige Parese.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY.
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: G. occipit. I. und II. und die hintere Hälfte der Fissura interpar. erweicht. Rechte Hemisphäre: Sklerose und Erweichung des oberen Drittels der Fissura parietooccipitalis bis zum oberen Scheitelläppchen. Mitbetheiligung des G. occipit. I und II und des Cuneus.

36. (Jastrowitz, Centralblatt für practische Augenheilkunde 1877. S. 254, citirt nach Naunyn.) Aelterer Herr, aphasisch, kann nicht nachsprechen, er sagt dann immer: er kennt es schon, aber kann die Namen nicht nennen. Lesen kann er nicht, weil ihm dann alles irritirt wird. Antwortet auf Fragen mit ja und nein, aber auch mit langen Phrasen: „ich empfehle mich Ihnen, Herr Doctor", versteht, was zu ihm gesagt wird. Rechtsseitige Hemianopsie.

Sectionsbefund: Erweichung des ganzen linken Hinterhauptlappens.

37. (Feré, Archiv de Neurologie 1885, pag. 225.) Erkrankung 1870. Transitorische Aphasie. Rechtsseitige hemianopische Verengerung des Sehfeldes. Grenzlinie geht nicht durch den Fixationspunkt. Wortblindheit. Rechtsseitige Hemiplegie. Sensibilität normal. Tod 11. Mai 1884.

Sectionsbefund: Erweichung der äusseren Fläche der linken Hemisphäre, die sich als schmales Band nach hinten zieht und bis zum hinteren Ende der Fissura Sylvii reicht. In der unteren Ecke von P_2 ein gelber Fleck. Hinsichtlich der Ausdehnung der Herde vergleiche die Gehirnskizze auf Tafel VIII.

38. (M. Thomas, Revue médic. de la Suisse Romande, No. 6, pag. 463.) 73jährige Frau, sensorisch aphasisch. Paraphasie, Jargonaphasie. Agraphie, vollständige Worttaubheit, ausgeprägte Wortblindheit und Verlust der Fähigkeit des Copirens.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Kleiner Erweichungsherd im vorderen Theil der zweiten Schläfewindung, angeblich reine Rindenerweichung.

39. (Osler, American Journal of med. Scienc. 1891, Mars, pag. 219). 72jähriger intelligenter Mann bemerkt, als er eim Abendessen im Restaurant sass, dass er die Zeitung nicht lesen konnte. Dies war sonst sein Hauptvergnügen, da er ein leidenschaftlicher Politiker war. Obgleich Patient fliessend sprach und alles verstand, war eine deutliche Sprachstörung bemerkbar. Er konnte seine Adresse, seinen Beruf, den Namen des Mannes, mit welchem er zusammenlebte, nicht angeben. Gelegentlich vergriff er sich in den Worten, Philadelphia las er Pringrek; 72 wird als 213 gelesen. Er konnte seinen Namen schreiben, aber mit Schwierigkeit. Er konnte seinen Namen nicht lesen, nachdem er ihn geschrieben hatte. Er schrieb sowohl mit offenen als mit geschlossenen Augen. Rechtsseitige homonyme Hemiopie. Am 15. Januar 1889 wurde Patient in einem halbkomatösen Zustand mit completer rechtsseitiger Arm- und incompleter Beinlähmung gefunden. Er starb am folgenden Tag.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erweichung des G. supramarginalis und der weissen Substanz des unteren Abschnitts des Gyrus angularis; ebenso der weissen Substanz der hinteren Theile der ersten und zweiten Temporalwindungen. Die Erweichung dringt bis zum Ventrikel vor. Ein zweiter, einen Zoll breiter Erweichungsherd wurde in der weissen Substanz des

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schläfelappens gefunden, welcher äusserlich die Rinde der dritten und die Basis der zweiten Schläfewindung berührte. Hinten wird die Erweichung durch eine Linie begrenzt, welche der Fiss. parieto-occipit. entlang herabführt. Mark und Rinde des Hinterhauptslappens normal.

40. (Siehe weiter unten unter B.)

41. (Bruns, Neurologisches Centralblatt, 1891, S. 347.) Zwei Schlaganfälle, rechtsseitige Hemiplegie. Sensorische Aphasie: Das Sprachverständniss war fast ganz erloschen (Worttaubheit). Verbale Agraphie, nur die Abschrift war möglich, besonders die von Zahlen führte aber nicht zum Verständniss der Schrift. Vollständige Alexie; fand den Namen der ihm vorgehaltenen Gegenstände nicht. Keine Seelenblindheit.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Totale Erweichung von T_1 mit Ausnahme der vordersten Partie, auch die hinteren oberen Antheile waren mitergriffen. Hinter der ersten Schläfefurche geht die Erweichung auf den Gyrus angularis über. Frontalschnitte ergaben eine starke Betheiligung des Marks des Gyrus angularis.

42. (Sander, Archiv für Psych. II. S. 45. Fall 2.) 60jährige Frau, plötzliche Lähmung der rechten Seite. Spontanschreiben sehr beschränkt, versteht alles. Alexie, Unfähigkeit die Buchstaben zu zeigen. Kann rechnen, weiss, dass sie falsch spricht.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Basalfläche der dritten Stirnwindung, ebenso alle Inselwindungen, die von der Theilung des Tractus olf. in seine 3 Wurzeln nach vorne liegen, endlich ein kleiner Theil der hinteren Orbitalwindung zerstört.

43. (Sander, Archiv für Psych. II. F. 1.) 41jähriger Mann, seit längerer Zeit rechts gelähmt, kann spontan nur „na ja“ „hier“ sagen. Alexie. Kann die Gegenstände nicht benennen, findet aber den Namen, sobald man ihm denselben vorsagt, kann nicht schreiben.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Die Insel und der hinterste Theil der dritten Stirnwindung erweicht. Ferner das Corpus striatum und der mediale Theil der dritten Schläfewindung. Rechte Hemisphäre: Theils jüngere, theils ältere Embolien. Die oberste Schläfewindung ist in einen weisslich gelben dünnen Brei verwandelt, der unter dem Wasser flottirt.

44. (Gogol, Dissertation Breslau, 1873.) 73jähriger Mann; Wortschatz dürftig, nachsprechen kann er; bald aber entschwinden ihm die Lautbilder; in dem Umfange als er sprechen kann, kann er auch schreiben. Beim Ablesen nach wenigen Worten leerer Wortschwall; Dictat schreibt er mit einigem Verständniss. Viele Begriffe fehlen ihm, die er früher hatte. Doch ist die Intelligenz recht gut. Satzbildung absolut unmöglich.

Sectionsbefund: Linker Schläfelappen zeigt bis 4 cm nach hinten von der Fissura Sylvii eine ockergelb verfärbte Partie, in grosser Ausdehnung das Operculum erkrankt; Insel frei (?). Untere Schicht der dritten Stirnwindung auch erweicht, durchwegs nur die Rinde erkrankt.

45. (Balzer, Gazette Méd. de Paris, 1884, pag. 97.) 62jähriger Mann, Mitte März 1882 plötzlich während seines Nachmittagsschlafes erkrankt. Auf

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anrufen reagirt er nicht; Sprechen unmöglich, sein Wortschatz sehr beschränkt, Schwäche der rechten Seite (November). Scheint oft zu verstehen, aber die gesprochenen oder mimischen Antworten ganz ungenügend. Er versteht nur, was sich auf seine augenblicklichen Verhältnisse bezieht und ausserdem einige bestimmte Fragen. Auf die Frage, wie er sich befinde, antwortet er immer: „es geht gut", „etwas besser". Nach vielem Vorsprechen kann er seinen Namen nachsprechen, um ihn sogleich wieder zu vergessen. Flucht auf Deutsch. Aphasisch, agraphisch, alectisch, die Zunge hervorzustrecken gelingt nur mit Schwierigkeit, oft garnicht. Er kann den Namen vorgehaltener Gegenstände nicht finden.

Sectionsbefund: Vierter Ast der linken Arteria Fossae Sylvii vollkommen obliterirt. Reine Rindenerweichungen. Frontalwindungen auf Durchschnitten normal. Befallen war T_1, der hinterste Theil von T_2 im Uebergang zu O_2, O_2 in ganzer Ausdehnung bis zur Fissura interocc., das untere Scheitelläppchen, der Gyrus supramarginalis und angularis. Zwei kleine gelbe, sehr oberflächlich gelegene Flecke in der oberen hinteren Ecke der III. Frontalwindung.

46. (Broadbent, Medic. chirurgical transactions Bd. 55. 1872.) 59jähriger intelligenter Mann, kann weder Gedrucktes noch Geschriebenes lesen, obwohl er nach Belieben zu schreiben vermag. Ein Jahr später geht auch diese Fähigkeit verloren, aber Patient schreibt noch ganz richtig nach Dictat. Erkennt weder Worte noch Buchstaben, nur seinen eigenen Namen, mag dieser gedruckt oder geschrieben sein. Spricht fliessend, ist sehr vergesslich, kann sich schwer auf Namen entsinnen. Optische Aphasie. Wenn man ihm den richtigen Namen eines Gegenstandes vorsagt, erkennt er ihn. Von ihm selbst Geschriebenes (auf Dictat) kann er nach einer kurzen Weile nicht mehr lesen. In der Conversation ist sein Wortschatz reich, kann jedoch manchmal ein Wort, gewöhnlich einen Namen nicht finden. Nur selten verwechselt er Worte und sagt etwa statt supper „soup" oder „nephew" für grandson.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Zwei alte Blutgerinnsel. Eines von der Grösse einer Mandel im Gyrus angularis zwischen der tiefen parallelen Furche einerseits und den secundären kleinen Gyri am Rand der Fissura Sylvii andererseits. Das zweite, welches nahezu die Grösse einer Bohne hatte, gelblich und sehr fest war, ging durch die ganze Gehirnsubstanz und trennte das äusserste Ende der Fissur vom Ventrikel.

47. (Touche, Archives générales de Médecine, Novembre 1899, Paris, Nouvelle Série, Tome II. No. 5. p. 641 ff.) 52jähriger Mann, hochgradig dyspnoisch, fahles Antlitz, Oedem der unteren Glieder. Paraphasie vorherrschend. Jargonaphasie nicht fehlend. Das Verwechseln der Worte beim spontanen Sprechen steigert sich oft bis zu vollkommener Unverständlichkeit. Von Paralysie générale bringt er nur Pé, pé, peux pas zusammen. Parallel statt Petit, Parisien liest Patient le chemin de fer de fin, statt L'exposition de Bourges est la . . . l'exposition de mobilier. Verkennt Buchstaben, A wird als P gelesen. Spontanschreiben sehr schlecht. Dictat und Abschreiben schlecht. Keine Worttaubheit, keine Seelenblindheit.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erweichung an der Aussenfläche. Der untere Rand der vorderen Hälfte der ersten Parietalwindung[1]), die hintere Hälfte der drei unteren Viertel der aufsteigenden Parietalwindung bis zum Punkt, in welchem derselbe in das Operculum übergeht, sowie dieses und die Inselwindungen hart mitgenommen. Die Temporalwindungen sind intact. Ein Horizontalschnitt durch den oberen Theil der Sehstrahlung zeigt, welch beträchliche Erweichungen im Marklager daselbst bestehen.

48. (Collins, J. Journal of Nervous and Mental Diseases. Vol. 26, No. 4.) Sensorische Aphasie mit rechtsseitiger Hemianopsie und Epilepsie. Amnesie für Worte, besonders für Hauptworte, Paraphasie. Schriftzeichen und Druckschrift verstand Pat. nicht. Worttaubheit. Optische Aphasie.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erweichungsherde und pathologische Veränderungen waren zu finden l. im mittleren Theil der Centralwindungen, im G. angularis, in der oberen Temporalwindung.

49. (Henschen, Pathologie des Gehirns. Upsala, 1894. Bd. III.) 60jähriger Bauer leidet an Parästhesie des rechten Arms. Zur Weihnachtszeit will er nicht mehr lesen. Im Januar wurde der Gang schleppend. Das rechte Bein und der rechte Arm wurden paretisch. Er erkennt seinen Sohn nicht mehr. Amnestische Aphasie. Partielle Worttaubheit. Seelenblindheit. Geruch herabgesetzt (Geruchsamnesie). Mitte April erfasste er die Bedeutung der vorgezeigten Gegenstände nicht klar, wie Zucker, Kreide, Schlüssel. Copiren unmöglich.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Eine Geschwulst nimmt den Fuss der II. und III. Stirnwindung, der Broca'schen Windung, den vorderen Theil der ersten, zweiten und dritten Temporalwindung ein. Die Geschwulst reicht im Mark nach hinten, sie ergreift das ganze Mark des Temporallappens ein; 9 cm vor der Occipitallappenspitze steigen die Geschwulstmassen in das Inselmark hinauf. Die Fissura Sylvii ist durch die Geschwulstmassen vollständig ausgefüllt und obliterirt. Der Occipitallappen ist unversehrt mit Ausnahme des ventralen Drittels der Sehstrahlung.

50. (Kussmaul, Störungen der Sprache. 3. Auflage. S. 168.) 66 Jahre alter, feingebildeter Herr, Linkshänder, leicht paraphasisch, kann sich auf Hauptworte nicht besinnen. Fernsichtig benutzte er zum Lesen eine Brille und las damit etwas langsam, aber richtig auch sehr lange Worte laut ab, doch bemerkte man, dass ihm viele, die ihm früher gut bekannt waren, fremdartig vorkamen; ein solches Wort nachdenklich wiederholend, bemerkte er: dies ist mir noch nicht vorgekommen. Bei den längsten Worten brach er auch wohl in der Mitte ab, wiederholte die erste Hälfte und vereinigte dann beide Hälften zu einem gut gesprochenen Ganzen. Worttaub; später apractisch und blöde. Tod nach drei Wochen.

Sectionsbefund: Rechte Hemisphäre: Der Schläfelappen geschwollen und in seinem vorderen Theil im Umfang etwa eines Gänseeies gelblich er-

1) Unter aufsteigender Parietalwindung ist die hintere Centralwindrng zu verstehen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weicht, ohne scharfe Abgrenzung von der gesunden Marksubstanz. An der Sylvischen Grube war eine haselnussgrosse Stelle dieses Lappens hämorrhagisch infiltrirt. Die Erweichung erstreckte sich einige Centimeter tief in den Kopf des Nucleus caudatus hinein; der Stirnlappen war intact.

51. (Derselbe, ebenda, S. 166.) 55jähriger Steinhauer, mit ausgesprochener Atheromatose der Arterien, erleidet nach mehrtägiger Appetitlosigkeit mit Brechreiz plötzlich eine Schwäche des rechten Arms und vorübergehendes Unvermögen, Worte zu finden. Am 23. März stellt sich Aphasie auf's Neue ein und bleibt dauernd; das Vermögen, Worte zu finden, in hohem Grade eingebüsst. Nachsprechen von Buchstaben gelingt; ganze Worte werden nur verstümmelt wiederholt. Optische Aphasie, Lesen gestört. Lähmung des rechten Armes, dann beider Beine und Anästhesie derselben in Folge von Arterienverschluss.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Zwei Herde, ein 5,5 cm langer und 1,5—1,8 cm breiter Herd im vorderen Theil des G. angularis; ein zweiter 2 cm langer und 0,6 breiter am Uebergang des Gyrus occipitalis II in den Gyrus temporalis II.

52. Siehe unter B.

53. (Vorster, Archiv für Psych. XXX. Bd. Heft 2, S. 341—72.) Bei einer 74jährigen Frau, welche mehrere Male eine Melancholie durchgemacht, entwickelt sich unter leichten Schwindelerscheinungen eine rechtsseitige Parese, Hemianästhesie, rechtsseitige Hemiopie, verbale Alexie, totale Agraphie, optische und tactile Aphasie. Sprachverständniss und Sprachbildung dauernd ungestört. Hemiparese und Hemianästhesie verlieren sich, dafür tritt rechtsseitige Hemihyperästhesie auf. Hemiopie, Alexie, Agraphie, optische und tactile Aphasie bleiben zurück.

Sectionsbefund: Am linken Hinterhauptslappen ist der grössere hintere Abschnitt, welcher nach vorne begrenzt wird, durch eine Ebene, die etwa $^1/_2$ cm hinter der Fissura parieto-occipitalis die Mantelkante trifft, im ganzen Umfang erweicht und zur Grösse einer Walnuss geschrumpft. Weiter nach vorne ist auf der convexen Oberfläche noch die 1. Occipitalwindung erweicht, dagegen das vordere Ende der zweiten und dritten Occipitalwindung intact. Auf der medialen und basalen Fläche dehnt sich der Herd weiter nach vorne aus. Hier ist der Cuneus völlig erweicht, der Praecuneus anscheinend normal. Der Gyrus lingualis ist in ganzer Ausdehnung bis zu der Stelle, wo er in den Gyrus hippocampi mündet, erweicht" . . .

„Die Innenwand des Hinterhorns erscheint im Bereiche des Gyrus lingualis besonders dünn und nur aus 2 Membranen, welche eine Cyste umschliessen, zusammengesetzt, der mit Rindenresten bedeckten Pia und dem Ependym. Weiter basalwärts greift die Erweichung auf den Gyrus fusiformis und den Gyrus occ. III über, d. h. nur auf dessen basale Fläche. Die Grenze nach vorne scheint durch den Anfang des Schläfelappens gegeben. Die Rinde ist an diesen erweichten Stellen theilweise erhalten, während die Marksubstanz in weiter Ausdehnung zerstört ist."

Ein neuer Erweichungsherd im Marklager des Gyrus supramarginalis etwa von der Grösse eines Zehnpfennigstückes.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

54. (Bernheim, Contribution à l'étude de l'Aphasie. Thèse par Geoffroy Louis Emil Hecht. Nancy. 1887. Observ. IV. p. 65.) 63jähriger Gärtner, Linkshänder wird am 12. Mai in die Klinik des Prof. Bernheim aufgenommen, weil er vor acht Tagen an Schwindel, Kopfschmerzen, Schwäche der linken Seite, Aphasie und unwillkürlichem Urinabgang erkrankt war. Besserung der Lähmung, Zurückbleiben der Aphasie. Am 15. Juli verlässt er das Hospital. Nach Monaten kommt er wieder. Inzwischen Attaquen von Epilepsie. Linksseitige Hemiplegie mit Hemianästhesie, welche sich vorübergehend bessern. Vollständige Wortblindheit, sowohl für Druck als für Handschrift. Schreibt seinen eigenen Namen mühsam hin, kann ihn hernach nicht lesen. Keine Worttaubheit, hingegen optische Aphasie und Seelenblindheit. Nach zweijährigem Bestand der Defecte Ende Januar 1885 gehäufte Anfälle, Tod im Coma.

Sectionsbefund: Rechte Hemisphäre: 1. Ein kleiner gelber Herd im Knie der inneren Kapsel. 2. Ein wenig höher ein alter Erweichungsherd im hinteren Abschnitt des Thalamus. 3. Der Hinterhauptslappen besitzt eine Höhle von der Grösse einer kleinen Nuss. Diese Höhle nimmt den ganzen Cuneus ein. Die vordere Ecke ist intact. Der Tiefe nach gemessen, endigt die Höhle nach vorne mit dem hinteren Abschnitt des Ventriculus lateralis.

An der Aussenfläche der I. Occipitalwindung jenes Theils, der über dem unteren Scheitelläppchen gelegen ist, sieht man eine gelbe Einsenkung, einem kleinen Erweichungsherd entsprechend. Ueber demselben ist der untere Rand dieser Windung in Gestalt eines Keiles erweicht. Diese Erweichung erstreckt sich bis zu der Furche, welche diese Windung von dem hintersten Theil des Gyrus angularis oder der unteren Scheitelwindung scheidet. Die linke Hemisphäre ist intact.

55. (Collins, A case of subcortical visual Aphasia. Journal of Nerv. and Ment. Dis. No. 5.) 58jähriger Mann, welcher nach einem apoplectischen Insult 3 Wochen bewusstlos lag, zeigt eine complete rechtsseitige, homonyme Hemianopsie, vollständige Wort- und Buchstabenblindheit. Andere Gegenstände kann er sehen und benennen. Er schreibt schlecht auf Dictat, weil er die Worte nicht länger im Gedächtniss behalten kann. Das spontane Sprechen war nicht wesentlich gestört. Kurz vor dem Tode waren Convulsionen und eine rechtsseitige Hemiplegie aufgetreten.

Sectionsbefund: Ausgesprochene Arteriosklerose der Gehirngefässe. Linke Hemisphäre: Der Occipitallappen war mit Ausnahme der hintersten Rindengebiete in eine Cyste mit gelblichrother Masse verwandelt. Der Gyrus lingualis und Cuneus waren völlig zerstört. Die Läsion ging in die Tiefe bis in den Ventrikel hinein, welche durch Blutcoagula erfüllt waren. Die Temporalwindungen und das übrige Gehirn waren unversehrt.

56. (Henschen, Path. des Gehirns. IV. Bd. S. 42.) Am 11. August 1897 drang dem Kranken eine Revolverkugel in den linken inneren Augenwinkel und schien sich nach rechts und oben einen Weg durch das Gehirn gebahnt zu haben. Patient lag drei Wochen bewusstlos. Beim Erwachen Verkennen der Situation, Verlust des Wortvorrathes, muss sich durch Zeichen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verständlich machen. Die linke Seite ist gelähmt. Schmerz-, Temperatur- und Berührungsempfindlichkeit erloschen. Partielle Alexie besonders beim Lesen von Fremdworten. Worttaubheit, wenn schnell gesprochen wird. Amnestische Aphasie. Findet nicht die Worte, obwohl er weiss, was er sagen will, oder kann die Worte nicht aussprechen, copirt richtig aber langsam. Dictatschreiben fehlerhaft. Zahlen werden gut geschrieben. Ende August Kopfschmerzen im rechten Hinterkopf. Röntgendurchleuchtung des Schädels.

Operationsbefund: Der Sitz der Kugel entsprach dem G. occipitalis II an der Grenze des Gyrus angularis. Sie befand sich ein wenig oberhalb der dorsalen Bündel der Sehstrahlung und über dem Niveau der Fiss. cale.

57. (Broadbent nach Kahler: Zur Geschichte der Worttaubheit. Prager Zeitschrift für Heilkunde. I. Bd. 1. H. Cit. nach Naunyn.) 60jähriger Mann, apopectischer Insult, Sprache ganz unverständlich, doch scheint er zu glauben, dass man ihn versteht: „if you please“ wird verständlich ausgesprochen; er antwortet auf Fragen, aber er versteht sie nicht, verlangte Handlungen führt er nicht aus (Worttaubheit), später fand sich noch Wortblindheit. Tod nach mehreren Wochen.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Unterer Theil des G. postcentralis, der G. supramargin. erweicht. Die Erweichung erstreckt sich nach rückwärts und oben bis auf $^1/_4$ Zoll an die Fissura interparietalis. Demnach ist das obere Scheitelläppchen mitergriffen, nach hinten der Gyrus angularis bis fast zum Hinterhauptlappen, nach unten der hinterste Abschnitt der ersten und zweiten Schläfewindung zerstört. Schnitte zeigen, dass die Erweichung an der I. Schläfewindung $^1/_2$ Zoll in die Tiefe reicht; am hintersten Ende der Fissura (Sylvii?) zeigt die Erweichung auf dem Querschnitte die grösste Ausdehnung; sie beginnt nahe der Fissura linterparietalis und geht bis nahe an die Basis des Schläfelappens.

58. (Jack Edwin, The Boston Medical and Surgical Journal. 1900. Vol. 143. p. 577. Boston.) 63jähriger Mann zeigt das Bild partieller Wort- und Seelenblindheit. Unfähigkeit, spontan oder nach Dictat zu schreiben.

Sectionsbefund: Gliom mit Erweichung des linken mittleren Temporallappens, der dritten Temporalwindung, des Gyrus fusiformis, des linken Occipitallappens. Der Gyrus angularis selbst schien frei zu sein. Auch der Cuneus und die Fissura calc. waren unversehrt; nicht aber die zu und abführenden Bahnen.

59. (Pershing, H. J., A case of alexia, mind blindness with autopsy. Archives of Ophtalmology 1900.) Wortblindheit, partielle Seelenblindheit, optische Aphasie, amnestische Farbenblindheit.

Sectionsbefund: Erweichung im unteren und mittleren Drittel des linken Temporallappens und ein Gliom im Bereich des linken Occipitallappens. Der Temporallappen war durch Erweichung betheiligt. Der Cuneus und die Fissura calc. waren frei geblieben.

60. (J. Dejerine et André Thomas, Revue Neurologique, 15 Juillet. 1904. „Un cas de cécité verbale avec agraphie suivi d'autopsie“.) 70jährige Patientin, Schlaganfall, rechtsseitige Lähmung, Schwierigkeit, Worte zu finden,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zeitweise ein leichter Grad von Paraphasie. Buchstaben konnte Patientin lesen, aber keine Worte. Sie behauptete, sie könne mit der linken Hand einen ziemlich langen Brief schreiben, sie wäre jedoch nachher unfähig, ihn zu lesen. Sie sprach wenig, ihr Wortschatz war sehr eingeschränkt. Rechtsseitige Hemiopie. Die Trennungslinie geht durch den Fixationspunkt. Rechtsseitige Hemianästhesie. Keine Worttaubheit. Zahlen werden nicht erkannt. Spontan- und Dictatschreiben bis auf den eigenen Namen unmöglich. Das Abschreiben sehr beeinträchtigt. Tod durch eine neue Attaque.

Sectionsbefund: Eine ausgedehnte Blutung in die rechte Hemisphäre. Linke Hemisphäre: Convexität: Erweichung der dritten Temporal- und des hinteren Theils der ersten und zweiten Occipitalwindung. Mediale Fläche: Erweicht sind der ganze Cuneus, der Lobus lingualis fusiformis, die Windungen unterhalb des Balkens des Gyrus hippocampi, das Ammonshorn. Das Mark der zweiten Temporalwindung und der Uebergangswindung war gleichfalls ergriffen. Zerstörung des inneren Kniehöckers, des Pulvinars und theilweise des äusseren. Le corps calleux lui-même n' a pas été atteint primitivement par la lésion.

61. (Dieselben, ebenda. 15 Août. 1904. XII. Jahrgang. No. 15.) 78jährige Kranke erleidet einen apoplectischen Anfall mit Bewusstseinsverlust, dann rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie. Nach vier Monaten Rückbildung der Hemiplegie. Sie konnte nicht lesen, nicht schreiben, sie fasste den Sinn der Worte nicht auf. Nur eine gewisse Schwäche blieb im rechten Arm zurück. Drei Anfälle von Jackson-Epilepsie. Keine Apraxie. Vollständige Worttaubheit. Wenn man ihr ein Ding vorhält, gibt sie drei oder zwei Töne von sich, die keine Bedeutung haben. Nachsprechen unmöglich; Lesen mit lauter Stimme unmöglich. Die Blindheit ist für Buchstaben wie für Zahlen die gleiche. Nur ihren Namen vermag Patientin aus einer Reihe von Worten zu erkennen. Agraphie vollständig; sie kann nicht schreiben, weder auf Dictat noch spontan, kann nicht zeichnen, auch nicht copiren. Intelligenz erhalten. Conjugirte Deviation der Augen und des Kopfes im Anfall. Plötzlicher Exitus in einem solchen.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Vollständige Erweichung des Gyrus angularis, des grössten Theils der unteren Parietalwindung. Die Läsion begrenzt sich nach oben durch die erste Parietalwindung, nach unten mit dem Gyrus supramarginalis, nach vorne mit dem parietalen Abschnitt des Operculums und dem aufsteigenden parietalen Ast. Die Temporalrinde erscheint dem unbewaffneten Auge unversehrt. An Horizontalschnitten ist das Mark der I., ebenso das Mark des oberen Endes der II. Temporalwindung fast vollständig zerstört. In der Höhe der zweiten Parietal- und Angulariswindung sind der Fascic. longit. inf., die Sehstrahlung und das Tapetum zerstört. Grosse Degeneration des Balkens.

62. Siehe weiter unten.

63. (Hammond Groeme M., The Med. Record, Vol. 58, p. 1011, II. Fall.) 40jähriger Patient, bis in die jüngste Zeit stets gesund, zuletzt vergesslich, kommt in einem halbcomatösen Zustand in's Krankenhaus. Tags darauf wieder klar, jedoch vollständig worttaub und wortblind. Wenn ihm ein Buch gegeben

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurde, hielt er es verkehrt. Geschriebene Aufträge blieben unbeachtet. Vollständige Agraphie (Spontan, Dictat und Abschreiben unmöglich), Unfähigkeit einfache Figuren zu copiren. Konnte seine Gedanken nicht zum Ausdruck bringen und nicht die Bezeichnung finden für das, was er hörte, berührte und sah (Amnestische Aphasie). Keine Seelenblindheit. Keine Verminderung der Intelligenz. Tod durch eine Blutung.

Sectionsbefund: Das mittlere Drittel der zweiten Temporalwindung erweicht.

64. (M. Magnan, Observ. V. von „Bernheim's These", cit. nach dem Auszug aus Skwortzoff's These.) 64jähriger Journalist gerieth vor 6 Jahren unter einen Wagen und schlug mit dem Kopf auf das Pflaster. 3 Jahre später apoplectischer Insult mit rechtsseitiger Hemiplegie und Schwierigkeit, die Bezeichnungen der Objecte zu finden; nach zwei Jahren neuer Insult. Bei der Aufnahme im Krankenhaus geschwächte Intelligenz, rechtsseitige Hemiplegie. Optische Aphasie ohne Seelenblindheit. Sagt man ihm eine Silbe des Wortes vor, so kann er den Rest ergänzen. Schreibt seinen Namen annähernd richtig, ist aber unfähig, ihn nachher zu lesen. Kann keinen Buchstaben eines geschriebenen Wortes erkennen. In den ersten Tagen seines Aufenthaltes im Krankenhaus konnte er Sätze wie „je ne puis" lesen, später aber erkannte er nicht einmal seinen Namen. Schreiben auf Dictat sehr langsam. Rechnen kann Patient bis 100, schreibt die Ziffern schlecht, ist unfähig, eine einzige Zahl zu erkennen. Nach einem Jahre wird Patient angehalten, durch Berührung reliefartig vorspringende Lettern zu lesen, was aber gleichfalls nicht gelingt. Neuerliche Attaque mit darauffolgender linksseitiger Lähmung. Beide Seiten schwach. Sehen schwächer, fast complete Agraphie.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Ein Erweichungsherd den linken Occipital- und Temporallappen einnehmend und sich bis zur Wurzel der oberen und unteren Scheitellappen erstreckend. Ein kleiner Erweichungsherd im Fuss der II. Frontalwindung. Die III. Frontalwindung von sehr kleinen Blutherden durchsetzt. Rechte Hemisphäre: 1. Ein kleiner Erweichungsherd an der unteren Fläche des Frontallappens, 2. eine Erweichung am Fuss der II. Frontalwindung, 3. ein kleiner Herd im hinteren Abschnitt des oberen Parietallappens.

65. (Touche, Archives générales de médecine. N. 5. 78 Année. Sept. 1901. p. 326ff. Observ. IV.) Rechtsseitige Hemiplegie seit einem Jahre. Keine Worttaubheit. Pat. kann nur „Oh la la", „Nom de Dieu" sagen und geberdet sich hierüber verzweifelt. Nachsprechen für Worte erhalten, die nicht zwei Silben überschreiten. Alexie vollständig. In einer für ihn wenig schmeichelhaften Wendung erkennt er nur seinen Namen". Spontanschrift vollständig verloren. Beim Dictatschreiben und Copiren sind die Buchstaben verbildet. Zahlen werden weder geschrieben, noch erkannt. Kopfrechnen sehr reducirt. Der Kranke kann kein Herz, kein Viereck zeichnen. Anfangs Articulationsstörungen und Jargonaphasie, die sich später zurückbildeten.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Die untere Hälfte der II. Frontalwindung von ihrem Ursprung aus der Centralwindung bis zu einer Linie, welche den verticalen Ast der Fissura Sylvii nach oben hin fortsetzt, erweicht.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Spitze von F_3 ist leicht ergriffen. Die aufsteigende Frontalwindung [1]) in der Gegend der Erweichung gleichfalls, die aufsteigende Parietalwindung ist in der Höhe der II. Frontalwindung zerstört. P_1 intact, nur eine kleine Erosion im Bereiche der Uebergangswindung. Von P_2 ist das Operc. parietale vollkommen zerstört. Vollständige Zerstörung der unteren Hälfte des G. supramarg. und des ganzen G. angularis. O_1 in den angrenzenden Partien nur wenig ergriffen. Die zweite Occipitalwindung vollkommen eingeschlossen in dem Erweichungsherd des G. angularis. T_1 bis auf den vorderen Antheil, T_2 vollständig vernichtet. Die Insel vollständig zerstört. Die Erweichungen des Temporal- und unteren Scheitellappens dringen bis zum Ventrikel ein. (Siehe l. c. die beigegebene Figur.)

66. (Sabourin, Le Progrès médical, 1877. p. 70.) 76jährige Patientin, rechte Lippe hinaufgezogen, Zunge weicht nach links ab. Linker Arm wird mühsam gehoben, Beugung und Streckung der Finger eingeschränkt. Sensibilität für Schmerz und Berührung herabgesetzt. Ihr Wortschatz bis auf wenige Worte verloren gegangen. Gedächtniss für bestimmte Zahlen erhalten, kann von 1—5 zählen. Patientin ist unfähig, auch nur einen Buchstaben zu lesen. (Complette Wort- und Buchstabenblindheit.) Schreibstörung. Mitralaffection. Grosse Irregularität des Pulses. Tod an Sepsis.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Gelbe Rindenerweichung; zerstört sind T_1 und T_2. Nach vorne und oben begrenzt sich die Läsion gerade mit der Furche, welche die Insel vom Schläfelappen scheidet, nach hinten umkreist sie das hintere Ende der Fissura Sylvii, lässt die ganze dritte Frontalwindung intact, steigt aber wieder empor zum G. angul., welchen sie grösstentheils vernichtet, bis zu der den G. parietalis superior vom inferior trennenden Furche; vom Occipitallappen sind ein äusserer und ein innerer Theil des Cuneus zerstört, indem die Erweichung in die Fissura parieto-occ. eindringt. Die untersten Partien des Occipitallappens, der hintere Theil des Lob. lingu. und fus. sind intact. Auf Durchschnitten ein kleiner weisser Herd im Zusammenfluss von T_1 mit dem G. ang. und ein sehr kleiner Herd im hinteren Sehhügel. Rechte Hemisphäre: Zwei erbsengrosse Herde in der inneren Kapsel, ein gelber Herd im Schweifkern, Sehhügel und der Brücke über dem Fasc. long. post.

67. (Broadbent, The Lancet, 1878. p. 312.) 49jähriger Omnibuskutscher, der ein unmässiges Leben führte, erlitt zwei Wochen vor seiner Aufnahme einen apoplectischen Anfall. Seither unfähig, zu sprechen. Keine Hemiplegie, nur eine rechtsseitige Facialisparese und ein Grad von Hemianästhesie. Was er sprach war ein unverständliches Brummen, ab und zu kam ein richtiges Wort dazwischen. Er schien nichts von dem zu verstehen, was zu ihm gesagt wurde. Die Aufträge, die Augen zu schliessen oder die Hand zu reichen, wurden nicht befolgt. Er war ganz unfähig zu schreiben und Geschriebenes zu lesen, achtete aber auf alles, was um ihn her vorging. Tod nach drei Wochen.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erweichung des G. supramarg.

1) Die aufsteigende Frontalwindung entspricht der vorderen Centralwindung.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in seiner ganzen Ausdehnung, der hinteren Hälfte der ersten Temporalwindung mit einem Theil des angrenzenden Occipitallappens und der hinteren Parietalwindungen. Broca's Gegend und der vordere Theil des Gehirns waren ganz intact. Die zweite Temporalwindung war gleichfalls ergriffen. Die grösste Tiefe der Erweichung betrug $^3/_4$ Zoll.

68. (Riedel, Dissertat. Breslau 1877, citirt nach Allen Starr.) Sprachverständniss verloren, Lesefähigkeit gestört. Desgleichen die Fähigkeit, spontan zu sprechen und zu schreiben.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erkrankt sind die erste und zweite Temporalwindung, sowie der G. ang.

69. (Fritsch, Wiener Medicinische Presse. S. 463.) 80jährige Pat. trank gerne Wein, ohne Vorboten plötzlich verwirrt, bei der Aufnahme in die Klinik jedoch wieder klares Sensorium, ohne dass eine verständliche Antwort zu erlangen ist. Auf alle Fragen antwortet sie mit Bruchstücken aus dem „Vater unser". Versteht und befolgt keine mündliche Aufforderung, vermag keinen vorgezeigten Gegenstand zu benennen. Im Affect nur mehr ein unverständliches Gewirre von Silben. Nicht selten wird das richtige Wort durch ein falsches ersetzt. Geräusche und gröbere Schalleindrücke werden percipirt. Fixirt nicht die Personen, mit welchen sie spricht und greift an vorgehaltenen Gegenständen zumeist links und abwärts vorbei. Augenscheinlich Alexie und Agraphie. Keine Sensibilitäts- oder Motilitätsstörung. Hautgangrän an den Unterschenkeln, Collaps, Exitus.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Das ganze untere Scheitelläppchen mit Ausnahme der vordersten in die hintere Centralwindung übergehenden Partie des G. supramarg. erweicht. Ferner die hinteren an das Scheitelläppchen angrenzenden Partien der ersten und zweiten Schläfewindung und die hintersten Windungen der Insel. Vom Hinterhauptslappen sind nur wenige Millimeter von O_2 in den Herd mit einbezogen.

70. (Ball et Seguin, Archive of Med. 1881. pag. 136. Dr. A., 52 Jahre alt, plötzlich aphasisch und rechtsseitig paretisch. Zurückbildung der Lähmung und Paraphasie. Ein gewisser Grad von Worttaubheit und Wortblindheit. Spontansprechen normal. Spontanschreiben und Copiren beeinträchtigt, Dictatschreiben unmöglich. Erkennt vermittelst des Gesichtssinnes die Bedeutung von Objecten nicht. Keine Sehstörung.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erkrankt sind T_1, P_2, G. ang. und G. supram.

71. (Weiss, Wiener med. Wochenschr. 1882. S. 334.) 74jährige Tagelöhner stürzt plötzlich zusammen, ist aphasisch und rechtsseitig gelähmt. Der rechte Facialis ist in seinen unteren Zweigen gelähmt. Zunge weicht nach rechts ab. Patient versteht nicht die an ihn gerichteten Fragen, obgleich er Gehörswahrnehmungen besitzt. Werden ihm Druckschriften vorgelegt, so sieht er kurze Zeit hin, wendet dann seinen Blick ab und schiebt sie mit der linken Hand weg. Als er durch Mienen aufgefordert wurde, seinen Namen zu schreiben, nahm er die Kreide in die linke Hand und machte einige unleserliche Striche. Keine wesentlichen Intelligenzdefecte. Tod an Pneumonie.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erweichung des unteren Scheitelläppchens, der Insula Reilii, der hinteren Hälfte der ersten Temporalwindung und der anschliessenden Partie des Hinterhauptslappens in einer Ausdehnung von ungefähr 1 cm in Folge von Embolie.

72. (Rosenthal, Centralblatt für Nervenheilkunde 1884. S. 1.) Wortgedächtniss geschädigt. Wortverständniss verloren. Alexie. Spricht spontan-paraphasisch. Nachsprechen unmöglich. Spontanschreiben bis auf seinen Namen unmöglich, desgleichen das Schreiben auf Dictat.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erkrankt sind T_1, T_2. G. ang. und G. supram.

73. (Amidon, New York. Med. Journ. 1885. pag. 113.) 60 Jahre alt, rechts paretisch. Wortgedächtniss herabgesetzt. Sprachverständniss verloren. Alexie. Spontansprechen intact. Spontanschreiben und auf Dictat unmöglich. Beim lauten Lesen Jargonaphasie. Die Bedeutung mancher Gegenstände ist Pat. nicht klar.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erkrankt sind T_1, T_2, P_2, G. ang., O_2.

74. (v. Monakow, Archiv für Psych. Bd. XVI. S. 167.) 70jähriger Mann, apoplectischer Insult mit folgender leichter linksseitiger Parese einschliesslich der linken Gesichtshälfte, aphasischer Störung und Gesichtshallucinationen. Abnahme des Sehvermögens, so dass Patient nur mit Mühe grössere Schrift zu lesen im Stande ist und nicht mehr in gerader Linie zu schreiben vermag. Nach vier Jahren neuer Insult. Patient hört alles, versteht aber kein Wort ausser „Vater“ und „Adieu“. Linksseitige homonyme Hemiopie. Patient ist intelligent; keine Orientirungsstörungen. Linke Pupille weiter als die rechte, reagirt sehr schwach. Tod unter den Erscheinungen eines Lungenödem.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: T_1 kaum zu finden, T_2 nicht unbedeutend verschmälert. Freiliegen der Insel. F_3 in geringem Grade reducirt. Frontalschnitte durch den Occipital- und Temporallappen lassen einen subcorticalen, von der Occipitalspitze im Marklager der ersten und zweiten Occipitalwindung nach vorne sich fortsetzenden und das gesammte Mark der hinteren zwei Drittel des Schläfelappens vernichtenden Herd erkennen. Die an der lateralen Ventrikelwand gelagerten Strata sagittalia sind vollständig untergegangen. Rechte Hemisphäre: Der Cuneus, Lobulus lingu. und G. descendens fehlen nahezu vollständig, auch der G. hippoc. ist in seinen caudalen Partien theilweise defect; stellenweise dringt die Zerstörung 1 cm weit in die Tiefe vor.

75. (Kuffner, Časopis ces lek. 1902. p. 90.) Cit. nach dem Neurol. Centralbl. 1902. S. 1105.) 71jähriges Weib ist cerebellar atactisch; rechtsseitige Hemiparästhesien, links Hypästhesien, Schwindel, vollständige Alexie, keine Apraxie. Vorgehaltene Gegenstände werden verkannt. Schrift intact.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erweichung der linken Grosshirnhemisphäre, angefangen von der hinteren Partie des G. supramarginalis

Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

bis zur dritten Occipitalwindung, inclusive des Gyrus angularis. Sehstrahlung und Fasc. long. inf. vollständig erweicht. Tapetum erhalten.

76. (Brunet, Archive de Neurologie. 1897. Aug. p. 125.) 25jähriger Mann, plötzlich aphasisch und rechtsseitig gelähmt. Die Hemiplegie bessert sich, die Aphasie bleibt zurück. Kann nur „Non, mama" sagen, versteht aber alles, was gesprochen wird. Früher ein Freund der Lectüre, liest er jetzt nichts mehr. Kann nur seinen Namen mit der linken Hand schreiben und abschreiben. Abnahme der Intelligenz, Tod an einer Pleuropneumonie nach 6 Tagen.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Ein alter grosser Erweichungsherd, welcher sich von der dritten Temporal- und dritten Frontalwindung ausdehnt. T_1 T_2, G. ang. und die Insel vollständig zerstört. Der Herd erstreckt sich auf das tiefe Mark der zweiten und dritten Frontalwindung sowie der Centralwindungen.

77. (Laquer, Neurolog. Centralbl. 1887. S. 337.) 74jährige Patientin. Apoplexie ohne Lähmung mit Aphasie. 9 Tage später neuer Anfall mit vorübergehender Hemiplegie. Intelligenter Gesichtsausdruck; Worttaubheit, Unfähigkeit, nachzusprechen, Paraphasie, Wortblindheit. Keine Hemiopie.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Vorderster Theil der I. Temporalwindung in einer Ausdehnung von 4 bis 5 cm erweicht, der mittlere Theil erhalten, die Rindenschicht des hinteren Drittels zerstört. Das Marklager von P_2 und des Gyrus angularis erweicht. Ferner ein zehnpfennigstück grosser Herd zwischen G. ang. und O_2. Cuneus und O_1 unversehrt.

78. (Maçewen, The British Medical Journal. Vol. II. p. 1888. p. 302.) Psychose (Zwangsvorstellungen) nach einem Unfall. Unmittelbar darauf und in den folgenden zwei Wochen erkennt Patient ihm bekannte Personen nicht durch den Gesichtssinn, ebensowenig die Zahl der vorgehaltenen fünf Finger (Seelenblindheit). Das neue Testament wird als Buch mit Hülfe des Tastsinns agnoscirt, Patient ist jedoch unfähig, ein Wort darin zu lesen oder auf dessen Bedeutung zu kommen (Wortblindheit).

Operationsbefund: Linke Hemisphäre: Freilegung des G. angularis. Ein Theil der inneren Tafel des Schädeldaches war von der äusseren dislocirt und hatte einen Druck auf den hinteren Antheil des Gyrus supramarginalis ausgeübt, während eine Kante in dem vorderen Abschnitt des Gyrus angularis eingebettet lag.

79. (Wigleworth, Liverpool Med.-chir. Journ. 1887. p. 215. Citirt nach Allen Starr.) Wortgedächtniss und Wortverständniss verloren. Wortblindheit, Spontansprechen gestört. Nachsprechen, Dictatschreiben unmöglich. Unfähigkeit, Gegenstände wiederzuerkennen. Keine Sehstörung.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erkrankt sind T_1, G. supram. G. angularis.

80. (J. Bullen, Brain. Vol. XI. p. 514—518.) 73jährige Patientin, Schlaganfall mit Lähmung des rechten Fusses, später des rechten Armes, 9 Wochen vor ihrer Aufnahme ein zweiter Anfall, sehr dement, gedächnissschwach, kommt aber einfachen Aufforderungen nach. Hört alles, versteht aber den Sinn nicht. Spricht unzusammenhängend, substituirt fremde Worte,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kann nicht nachsprechen. Kennt den Gebrauch der sie umgebenden Gegenstände, ohne deren Namen nennen zu können. Vollständige Alexie (Wort- und partielle Buchstabenblindheit). Anästhesie der rechten unteren Extremitäten. Plantarreflex rechts fehlend. Tod nach 17 Wochen.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Eine gelbe Erweichung zerstört den Eingang des hinteren Theils der Sylvischen Spalte. Der dem Schläfelappen zunächst gelegene Gyrus der Insel ist stark mitgenommen, der vordere Theil eine gelbe Masse, der dritte und vierte Lappen eingesunken. Das Operculum ist frei. Rechte Hemisphäre: Multiple Erweichungen im Schläfe-, Scheitel- und Hinterhauptslappen sowie im Linsenkern.

81. (Touche, Archives générales de médecine. No. 8. T. VI. 78 Année. Sept. 1901. Observ. I.) Aorteninsufficienz. Rechtsseitige Hemiplegie: Versteht alles. Sehr ausdrucksvolles Mienenspiel. Nachsprechen vollkommen intact für einzelne Worte. Spontansprechen sehr gestört. Beim Wiederholen mehrerer Worte leichte Dysarthrie. Vollständige Wort- und Buchstabenblindheit. Spontanschreiben fehlt bis auf den eigenen Namen. Dictatschreiben verloren. Abschrift ist ein Abzeichnen der Vorlage. Zahlen werden gut geschrieben. Pat. zeichnet einen Hund und ein Haus sehr erkennbar. Ein Monat vor dem Anfall ein beträchtlicher Grad von Worttaubheit, welche 3 Monate nach demselben vollständig verschwindet.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Ein kleiner oberflächlicher Erweichungsherd in der ersten Frontalwindung. Eine grosse Malacie beginnt vom hintersten Rand des Operculum parietale, nimmt das Uebergangsgebiet der zweiten Frontalwindung in die vordere Centralwindung ein, vernichtet in dieser Höhe beide Centralwindungen, die zweite Parietalwindung, einschliesslich des Operculum parietale, ferner den G. supramarginalis und die I. Temporalwindung. Die untere Grenze des Herdes wird durch den Sulcus parallel. gebildet. Nach innen dringt derselbe bis zur Ventrikelwand vor. Der G. angul. ist intact. Eine Blutung in die innere Kapsel zerstört die hintere Partie des Linsenkerns, die hinteren Inselwindungen, eben so das hintere Mark der Insel.

82. (Derselbe, ebenda. Observ. III. p. 333.) 74jährige Patientin, an seniler Gangrän des rechten Beines leidend, weist Sprachstörungen derart auf, dass zwar die ersten Worte eines Satzes erregt gesprochen werden, dann aber eine Folge unverständlicher Silben erscheint (Jargonaphasie). Keine Worttaubheit. Nachsprechen vollkommen verloren. Spontan- und Dictatschreiben gleichfalls. Copiren geschieht nur malend. Liest statt L' Echo de Paris „l Esenauchs pastafo", statt Tante berceuse „Lanle bercinotoo". Macht den Eindruck eines fast vollkommen Wortblinden. Zahlen werden richtig erkannt. Kann einfache Figuren nachzeichnen. Kennt den Gebrauch vorgezeigter Gegenstände, wenn sie dieselben auch nicht benennen kann.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Aeusserlich nur hochgradige Atheromatose. Bei Anfertigung von Horizontalschnitten entdeckt man in der Gegend des hinteren unteren Abschnitts des Gyrus angularis, verborgen in der Furche, welche diesen von der II. Occipitalwindung abgrenzt, eine Erweichung. Sie nimmt die Gegend ein, in welcher sich der G. angularis in die II. Tempo-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ralwindung fortsetzt. Sie befällt nur den hinteren Rand des Gyrus angularis, und erstreckt sich in sein Inneres bis zur Hälfte seiner Ausdehnung in der Richtung von vorne nach hinten und bis zur Basis der Windung in transversaler Richtung.

83. (Derselbe, ebenda. Observ. V.) Seit Jahren rechtsseitige Hemiplegie. Ausgesprochene Worttaubheit ohne Störung des Hörvermögens. Beim Spontansprechen kommen die Worte ungeordnet heraus. Vor dem Tode die Worttaubheit absolut. „Auf „Wie geht es" antwortet die Kranke „Louise", „Wo seid Ihr da?" „Isette". Abnahme der Intelligenz." Anfangs die Fähigkeit des Lesens nicht gänzlich eingebüsst, später vollständige Alexie.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Der hintere Rand des Operculum parietale ist retrahirt. Die untere Hälfte von P_2 nach hinten vom Operculum, der G. supramarginalis sind erweicht. T_2 in seinem hinteren Antheil gleichfalls erweicht. Diese Erweichung steigt in dem unteren Abschnitt von P_2 empor und begrenzt sich nach unten mit einer Furche, welche T_1 von T_2 scheidet. Auf Horizontalschnitten tritt die enorme Ausdehnung desselben hervor. Sie dringt in die Interparietalfurche ein und wird von der Ventrikelhöhle nur durch eine Scheidewand von 4 bis 5 mm getrennt. Die Malacie im G. supramarg. reicht bis zum Grunde der Furche, welche diese Windung vom G. ang. trennt. Auch hier dringt dieselbe bis zur Ventrikelhöhle vor. Die tiefe Temporalwindung nur oberflächlich afficirt. Die hintere Inselwindung zerstört. T_1 nur äusserlich ergriffen.

84. (Derselbe, ebenda. Observ. VI.) Rechtsseitige Hemiplegie seit acht Wochen. Keine Worttaubheit. Spontansprechen sehr schlecht. Beim Nachsprechen weit weniger dysarthrische Störungen. Beim Lesen werden Worte ausgelassen. Statt „L'art d'eviter les pertes en Bourse et hors de Bourse" liest er „L'art d'eviter les pressempeti doudenendehors", die Handschrift wird besser als Druckschrift gelesen. Patient versteht an ihn gerichtete Fragen. (Keine Worttaubheit.) Auf die Frage, ob er wohl den Sinn des Gelesenen begreife, erwidert er: „Nicht vollständig, er müsse darüber nachdenken." Spontanschrift verloren gegangen, kann nicht einmal seinen Namen schreiben. Nachschreiben nur des Buchstabens O möglich. Copiren: Buchstaben werden nachgezeichnet. Patient kann ein Quadrat und ein Herzass zeichnen, erkennt ein- und zweiziffrige Zahlen, die er mit lauter Stimme liest. Kopfrechnen erhalten.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: An der Aussenfläche des Grosshirns sieht man nur einen punktförmigen kleinen Erweichungsherd. Er sitzt in der aufsteigenden Parietalwindung. Auf Horizontalschnitten offenbart sich derselbe nur als Ausläufer einer grossen Erweichungszone, welche das tiefe Mark der aufsteigenden Frontal-, Parietal- und der II. Parietalwindung zerstört. An durch den Balken geführten Abschnitten findet sich eine Erweichung der Basis der aufsteigenden Frontalwindung. Die Rinde der II. Parietalwindung ist leicht angegriffen. Das tiefe Mark des G. supramarginalis ist intact, hingegen ist eine kleine Malacie im tiefen Mark des G. ang. vorhanden. Operculum, Insel, Gegend der Fissura Sylvii sind intact. Die Erweichung sitzt in

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Aussenwand des Hinterhorns, das tiefe Mark des Gyrus angularis zerstörend.

85. (Derselbe, ebenda. Observ. VII.) Rechtsseitige Hemiplegie, keine Worttaubheit; jedoch mot. Aphasie bis auf die Silbe Ba, die er beständig wiederholt. Nachsprechen sehr gestört. „Paris“ wiederholt Pat. „Mani“. Erkennt seinen Namen, jedoch weder Gedrucktes noch Geschriebenes, nur wenige Buchstaben (absolute Wortblindheit, partielle Buchstaben-, complette Zahlenblindheit). Kann nicht mehr Karten spielen. Vollkommene Agraphie. In den letzten Tagen schreckhafte Hallucinationen und Verlust der topographischen Vorstellungen.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erweicht sind die hintere Hälfte der aufsteigenden Parietalwindung in der Höhe der Vereinigung von F_2 mit der aufsteigenden Frontalwindung. P_2 hart eingezogen, nicht erweicht. T_2 in ihrem Uebergangstheil zum G. ang. hart, eingezogen. T_3 in ihrer ganzen Ausdehnung erweicht, desgleichen die ganze innere Fläche des Lob. lingu. und fus., ferner der ganze Cuneus und die obere Hälfte des Praecuneus. Im Lob. paracentralis ein kleiner oberflächlicher Erweichungsherd, im Grunde der Furche zwischen F_1 und F_2 eine Kette von Erweichungsherden. Auf einem durch den mittleren Theil des Balkenknies geführten Schnitt bemerkt man eine vollständige Erweichung des hinteren G. ang. (Für weitere Details sei auf die eingefügte Figur verwiesen.)

86. (Derselbe, ebenda. Observ. VIII.) 51 Jahre alt, Aorten- und Mitralinsufficienz, Aphasie ohne Spur einer Hemiplegie. Spontansprechen bis auf einige Reste verloren. Keine Worttaubheit. Nachsprechen sehr gestört. Laut lesen kann Patient nicht, manches gibt er an, zu verstehen, manches nicht. Spontanschreiben möglich, hingegen Dictatschrift sehr gestört. Copiren gleicht einem ängstlichen Nachziehen der Buchstaben. Ein- bis zweistellige Zahlen werden fehlerlos nachgeschrieben, dreistellige nicht. Weder optische Aphasie noch Seelenblindheit. Verminderung der tactilen Sensibilität und der Schmerzempfindung an der ganzen rechten Seite. Rechtsseitige Einschränkung des Gesichtsfeldes.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Einmündung von F_3 in die aufsteigende Frontalwindung erweicht. Vom Operculum frontale keine Spur. Fortsetzung der Malacie in die frontale Partie des Operculum Rolandicum. Die 5 untersten mm der aufsteigenden Parietalwindung erweicht. Ebenso die hintere Spitze und der untere Rand des Operculum parietale; T_1 und T_2 zerstört. Auf Durchschnitten erweist sich auch P_2 in seinem vorderen Antheil bis zum Ventrikel als erweicht. (Vergleiche auch die eingefügte l. c. Figur.)

87. (Derselbe. ebenda. Observ. IX.) Rechtsseitige Hemiplegie; keine Worttaubheit. Ausdrucksvolle Miene. Spontansprache bis auf wenige Worte verloren. Nachsprechen gestört. Vollständige Wortblindheit. Patientin kann keines der Worte, die man ihr vorsagt, in einer Vorlage finden, nicht einmal ihren eigenen Namen. Vollständige Agraphie. Patientin kann eine Zahl weder aussprechen, noch lesen, noch schreiben, kann indess rechnen.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Kleine oberflächliche Erweichun-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gen im Operculum Rolandicum und parietale. Die tiefen Malacien nehmen die untere Hälfte der zweiten Parietalwindung, den ganzen G. supramarg., den oberen Theil des Pli courbe, die I. Temporalwindung mit Ausnahme ihres vorderen Endes, die obere Hälfte der zweiten Temporalwindung ein. Auf einem Durchschnitt durch die Mitte der Balkenwindung entdeckt man im tiefen Mark einen Herd im Bereiche der Einmündung von F_2 in die prärolandische Windung. Auf einem Durchschnitt durch die mittlere Partie des Balkens ein immenser Erweichungsherd im tiefen Mark der aufsteigenden Frontalwindung, der Rolando'schen Furche, der III. Stirnwindung, der zweiten Parietalwindung und des G. angularis. (Bezüglich feinerer Einzelheiten vergleiche Beschreibung und Figur l. c.)

88. (Derselbe, ebenda. Observ. XIII.) Kleine Schwäche der rechten Seite, langsame scandirende Sprache. Wortschatz reich. Pat. hat vor einem Jahre die Sprache verloren und drei Monate nicht sprechen können. Nachsprechen erhalten. Vollständige Alexie; er kann nicht die grossen Buchstaben des Titels eines Journals erkennen, legt einen Catalog, den man ihm zu lesen gibt, verkehrt, obgleich sein Sehvermögen so gut erhalten ist, dass er in einer Entfernung von einem Meter ein Francstück von einem Zweifrancstück unterscheidet. Zwei Versuche, spontan zu schreiben, fördern nur einzelne unförmliche Züge zu Tage.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Ein Erweichungsherd nimmt den unteren Theil von F_2 ein, erstreckt sich nach vorne bis zu einer Linie, welche die Fortsetzung des aufsteigenden Astes der Sylvischen Furche darstellt, nach oben bis zur Einmündung von F_2 in die vordere Centralwindung, reicht in dieser bis zur Sylvischen Spalte herab, so dass der Fuss von F_3 mit in seinen Bereich fällt. Starke Erweichung des Gyrus angularis, welche 2 cm tief in das Innere eindringt und die Sehstrahlung vernichtet.

89. (M. E. D. Heilly et M. A. Chantemesse, Le Progrès médical. 1883. Tome XI.) 24jährige Patientin giebt auf alle Fragen zur Antwort: „Parce que, parce que". Spontansprache bessert sich ein wenig. Bringt man ihr eine Uhr ans Ohr, wendet sie sich sofort um. Aufgetragene Befehle vermag sie nicht auszuführen. Lesen und Schreiben absolut unmöglich. Selbst ihren eigenen Namen erkennt Patientin nicht. Dictatschreiben unmöglich. Beim Abschreiben ihres Namens kommt sie über die ersten Buchstaben nicht hinaus.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erweichung der oberen Hälfte der ersten Temporalwindung, des grössten Theils der unteren Scheitelwindung und des vorderen Antheils des Gyrus angularis. Angeblich reine Rindenerweichung.

90. (Touche, Archives générales etc., wie oben. Observ. XXIII.) Linksseitige Hemiplegie mit epileptiformen Attaquen. Intellectuelle Schwäche. Patientin erlitt vor 5 Jahren eine Congestion cérébrale, in Folge derselben Störungen der Sprache. Sie erkannte ihre Kinder, konnte aber ihren Namen nicht aussprechen. Keine Worttaubheit. Spontansprechen gut. Nachsprechen schlecht. Patientin kann nicht lesen und entziffert nur mit Mühe die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Titel, welche mit grossen Lettern geschrieben sind. Behauptet, nichts von dem zu verstehen, was sie liest.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Blutung in den Thalamus, welche den Tod der Patientin herbeigeführt. Ein älterer Blutherd im tiefen Mark des Temporallappens, welcher das tiefe Mark von T_2 und des hinteren Gyrus angularis zerstört und bis zum Ventrikel reicht.

91. (M. Caskey, The Journ. of the Americ. Med. Assoc. No. 6. p. 379. 1902.) 31jährige Frau hatte vor 7 Jahren einen Schuss in die linke Ohrgegend erhalten. Nach langer Bettruhe und Bewusstlosigkeit stellte sich eine Parese des rechten Beines ein, die sich besserte. Erst einige Wochen vor der Operation waren aufgetreten: Kopfschmerzen, rechtsseitige Hemiparese, Alexie, Agraphie; Diagnose auf eine Läsion des linken Gyrus angularis und Operation. 3 Stunden nach derselben Exitus.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Cyste im Gyrus angularis; Knochensplitter in der Rinde.

92. (Touche, Archives générales etc., wie oben. Observ. XIX.) 67 Jahre alt, vor 7 Jahren eine rechtsseitige Hemiplegie. Erhebliche Sprachstörungen. Die 4 oder 5 ersten Worte des Satzes sind correct, das Weitere sehr verstümmelt. Keine Spur von Worttaubheit oder Paraphasie. Rechtsseitige Contractur und enorme Steigerung der Reflexe. Verminderung der Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit. Lesen mit lauter Stimme fehlerhaft. Wortblindheit ohne Buchstabenblindheit. Schwäche des Gedächtnisses.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Eine grosse Blutung in der äusseren Kapsel, welche den Linsenkern von aussen nach innen comprimirt. Die hintere obere Hälfte der Insel ist zerstört, während die untere durch den Herd frei gelegt wurde. Der hämorrhagische Herd beginnt vorne am Linsenkern unter dem lateralen Ventrikel, schneidet hernach den vorderen Abschnitt der inneren Kapsel ab, schreitet nach rückwärts fort und endigt par une pointe effilée, qui s'enfonce comme un coin dans les radiations thalamiques au niveau de leur terminaison.

93. (Derselbe, ebenda. Observ. XVI.) 61jährige Kranke, seit 3 Jahren rechts hemiplegisch. Während der ersten 8 Monate Verlust der Sprache. Die Kranke wollte ihre Tochter rufen, konnte aber ihren Namen nicht aussprechen. Später sprach sie unverständliche Worte. Es bestand offenbar Worttaubheit. Zu dieser Zeit konnte sie nicht lesen; obgleich sie die Buchstaben sah, verstand sie nicht den Sinn der Worte. Allmählich Rückkehr der Sprache; Patientin findet die Namen für die verschiedenen Gegenstände wieder und erkannte dieselben in einem vorliegenden Text. Die Restitution der Spontansprache und des Lesens gingen einander parallel. Keine Wortblindheit, keine Worttaubheit. Schrift, Spontan- und Nachsprechen normal.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: An der Vereinigungsstelle der 1. Temporal- und Supramarginalwindung ein ganz kleiner Erweichungsherd, kaum von dem Umfang eines 50 Francstückes, die ganze Dicke der grauen Substanz zerstörend, in die Tiefe der Windung dringend. Auf den Horizontalschnitten ein hämorrhagischer Herd im Knie der inneren Kapsel.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

94. (Oppenheim, Archiv für Psych. Bd. XXI. S. 739.) 59jährige Frau, welche seit dem 17. Lebensjahre nach einer Verletzung der rechten Hand Linkshänderin geworden, wurde, nach dem sie längere Zeit über Kopfschmerzen geklagt hatte, worttaub, paraphasisch, konnte fast nichts mehr lesen und schreiben. Vorübergehende linksseitige Convulsionen, Parese der linken Hand, Hypästhesie der linken Körperhälfte. Linksseitige homonyme bilaterale Hemiopie.

Sectionsbefund: Fast faustgrosse Geschwulst, welche vom rechten Thalamus opticus ausgehend, bis dicht unter die Rinde der Inselwindungen sich fortsetzt. Die gelbe Verhärtung in der Umgebung des Tumors reicht in die Marksubstanz des rechten Schläfelappens hinein.

95. (Byron, Bramwell, The Lancet, April 3. 1897. p. 950.) 58jähriger Mann erleidet einen Anfall mit Bewusstseinsverlust, nachfolgender motorischer Aphasie und rechtsseitiger Hemiplegie, die sich zurückbilden. Nun keine Worttaubheit, keine Articulationsstörung, Nachsprechen normal, Einbusse des Gedächtnisses. Sehschärfe nach Correction normal, doch ist Patient fast vollständig wortblind. Er ist unfähig, die Zahlen 85 und 62 zu lesen, hingegen liest er 100 und 13 correct. Besserung der Lähmung. Ein zweiter Anfall mit Verschlimmerung und Auftreten von rechtsseitiger homonymer Hemiopie. Kann Worte lesen, wenn man sie ihm mit seiner Hand auf die Tafel schreibt; dog und cat werden auch so nicht gelesen. 3. Attaque, bedeutende Verschlimmerung, kann weder lesen noch schreiben, vermag ein Messer, einen Bleistift, einen Schlüssel auf den optischen Eindruck hin nicht zu benennen, hingegen gelingt ihm dies mit Hülfe des Tastsinnes.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Allgemeine Atrophie der Windungen; die Rinde überall intact. Ein grosser alter Erweichungsherd zerstörte das Mark des Hinterhaupts und des hinteren Parietallappens. Der G. angularis intact. Erweichungen in der rechten Hemisphäre und im Kleinhirn.

96. (Serieux, Mémoires de la Société de Biologie. 1892. p. 13. Citirt nach Bastian's Lectures in „the Lancet". May 1897. p. 1188.) 73jährige Frau hört und versteht alles, kann sich jedoch auf bestimmte Worte nicht erinnern. Lesen und Schreiben unmöglich, obgleich sie gut sieht und alle Gegenstände ihrer Umgebung erkennt. Nach manchen Schreibübungen bringt sie es fertig, einfache Buchstaben, wie m, n, u, o, a, nachzuschreiben. Ihr Alphabet ist zusammengesetzt aus diesen Buchstaben. Nach einigen Wochen tritt ein leichter Grad von Paraphasie auf. Keine Hemianopsie. Nach einem plötzlichen Schlaganfall stirbt die Kranke im Coma.

Sectionsbefund: Frische Blutung in die Ventrikel der rechten Hemisphäre. Linke Hemisphäre: Gelber Erweichungsherd, grösser als ein Fünffrancstück, welcher den ganzen Gyrus angularis und den grösseren Theil des Gyrus supramarginalis einnimmt. Die angrenzenden Windungen des oberen Parietallappens ebensowohl als das hintere Ende der I. und II. Temporalwindung leicht gelb und atrophisch.

97. (Bramwell, The Lancet. April. 1897.) 58jährige Kranke klagt über Gedächtnissschwäche. Unfähigkeit zu lesen und Verschlechterung des

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sehens. Sie ist seit Jahren herzleidend. Vor 14 Tagen verlor sie für mehrere Stunden die Sprache. Seit diesem Anfall Verschlechterung des Gedächtnisses und vollständiger Verlust des Lesens. Keine Worttaubheit, nicht selten findet sie nicht das richtige Wort. (Leichte Paraphasie.) Wort- und Buchstabenblindheit. Rechtsseitige Hemiopie nicht vollständig. Kann auch keine Zahlen lesen. Dies am 1. Mai 1890. Todt aus dem Wasser gezogen.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Ein alter ausgedehnter Erweichungsherd nimmt die weisse Substanz des Hinterhauptslappens und des Gyrus angularis, sowie den hinteren Theil der ersten Schläfewindung ein. Die Sehstrahlung ist theilweise zerstört.

98. (Derselbe, ebenda. p. 1404ff. 1892.) 25jähriger Mann, der mit 8 Jahren Chorea durchgemacht, erleidet einen Schlaganfall. In Folge desselben Parese der rechten Körperhälfte. Er versteht alles. Am folgenden Morgen wird er von seiner Mutter stumm angetroffen. Die rechtsseitige Parese war zurückgegangen, die Sprache kehrte nicht wieder. Intelligenz intact. Kann nicht laut lesen, versteht aber, was er liest. Schreibt fehlerhaft. Nach einem Vierteljahr zweiter Anfall. Vollständige Lähmung der rechten Seite. Gehör rechts schlechter als links. Einschränkung beider Gesichtsfelder, besonders der rechten Hälften. Paralexie (partielle Wortblindheit, partielle Agraphie).

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Broca's Centrum vollständig durch eine Erweichung zerstört. Ebenso ein kleiner Theil des hinteren Endes der II. Frontalwindung, das untere Ende, ungefähr ein Viertel der vorderen und hinteren Centralwindung, die vorderen zwei Drittel von T_1 und T_2, ein Theil des vorderen und unteren Endes des Gyrus supramarginalis. Die Erweichung der Rinde dieser Gegend war viel weniger ausgedehnt. Eine streng localisirte Malacie des Gyrus angularis.

99. (Bastian, The Lancet. May 1. 1897. p. 1193.) 53jährige Frau, an einer entzündeten Varix leidend, fällt eines Morgens bewusstlos aus dem Bett. In verwirrtem Zustande schlägt sie mit der linken Hand und dem linken Bein herum, während die rechte Seite gelähmt ist. 9 Tage später ist sie bereits ruhiger geworden, spricht aber nicht, kann die Zunge nicht zeigen, versucht nicht zu antworten, wenn man sie um etwas fragt. Sie erscheint worttaub. Auch nimmt sie keine Notiz von geschriebenen Sätzen, die man ihr vorhält. Tod an einer Lungenaffection.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Der untere Theil der vorderen Centralwindung, der G. supramarginalis und angularis sowie die zwei oberen Temporalwindungen gänzlich erweicht. Ausdehnung der Malacie auf den äusseren Theil des Thalamus und des Corp. striatum. Dieselbe erstreckt sich auch etwas in den Occipitallappen hinein.

100. (Köster, Läkarefören förhandl. 1899. N. T. V. 2. Oct. 3 p. 110.) 40jähriger, an chronischer Nephritis leidender Mann wird linksseitig hemiplegisch, die Articulation gestört, kann vielfach die Worte nicht finden. Keine Worttaubheit, keine Seelenblindheit. Gedrucktes kann Patient nicht lesen, wohl aber seinen Namen und Zahlen. Linksseitige homonyme Hemiopie. Die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anästhesie an den gelähmten Theilen verschwindet später. Patient ist Linkshänder.

Sectionsbefund: Rechte Hemisphäre: T_1, die vorderen zwei Drittel von T_2, der obere Rand von T_3, der untere Theil von P_1, der G. angularis und supramarginalis, die vordere Hälfte des G. occipitalis II malacisch.

101. (Bruns und Stölting, Neurolog. Centralbl. p. 60. 1894.) Rechtsseitige Hemiopie, welche zeitweise verschwindet. Alexie stabil. Das Lesen ist für gedruckte Buchstaben erschwert, für Worte unmöglich. Geschriebene Schrift wird schreibend gelesen. Spontan- und Dictatschreiben sehr gut. Abschreiben unmöglich. Zahlen werden gut gelesen. Vorgehaltene Objecte werden zwar erkannt, aber verlangsamt oder garnicht benannt (Optische Aphasie). Patient ist auch örtlich nicht orientirt, findet sich nicht im Hause zurecht.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: 1. Ein kirschkerngrosser, gelbröthlicher Erweichungsherd im Mark des unteren Bogens des Gyrus angularis. 2. Dicht unter der Rinde des Cuneus ein Erweichungsherd von gleicher Grösse. 3. Ein grösserer Erweichungsherd findet sich in der Decke des Hinterhorns des rechten Seitenventrikels unterhalb des oberen Parietallappens.

B. Herde an der medio-ventralen Hemisphärenfläche.

10. (Wilbrand, Graefe's Archiv für Ophthalmologie. 1885. XXXI. Bd. S. 119.) 63jähriger Pat., stets gesund, rasch eintretende rechtsseitige Hemiopie mit Aussparung einiger Grade um den Fixationspunkt. Rechtsseitig gelähmt. Sprache etwas schwerfällig, versteht jedoch alles. Längere complicirte Worte kann er nicht lesen. Für einige Gegenstände verliert er später die Bezeichnungen.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Der Cuneus, G. ling., fusif. und die Hinterhauptspitze atrophisch, die hintere Hälfte des Spindellappens, der G. hippocampi sowie die ganze Basalfläche des Occipitallappens erweicht.

11. Henschen, Path. des Geh. Bd. I. S. 144ff. F. 22.) Linksseitige Hemiopie ohne Hemiplegie. Gesichtshallucinationen. Ein gewisser Grad von Wortblindheit (Buchstaben wurden alle, auch einige Worte erkannt). Ein gewisser Grad von Seelenblindheit.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre intact. Rechte Hemisphäre: Eine Erweichung nimmt den ganzen Lobulus lingualis bis zur hinteren Spitze des Occipitallappens ein, ferner den ganzen Cuneus mit Ausnahme des vorderen oberen, bei der Margo falcata liegenden Gyrus. Sie erstreckt sich mit einem Zipfel nach vorne zum G. hippocampi. Die Erweichung wird vorne von der Fissura parieto-occipitalis interna und ventralwärts vom Sulcus occipito-temp. lat. begrenzt.

52. (Déjerine, Mémoires de la Société de Biologie, 1892, 27, février.) 68jähriger sehr gebildeter Herr, ist vollkommen wort- und buchstabenblind. Noten erkennt er gleichfalls nicht, während er Zahlen lesen und rechnen kann. Keine Worttaubheit, keine Störung der Articulation, innere Sprache erhalten,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keine Seelenblindheit oder optische Aphasie. Mienenspiel ausdrucksvoll. Pat. kann ganze Seiten sowohl auf Dictat als spontan correct schreiben. Hingegen geht das Abschreiben sehr schwer und mit vielen Fehlern. Partielle rechtsseitige Hemiopie und vollständige rechtsseitige Hemiachromatopsie.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Eine frische Erweichung im unteren Scheiteläppchen. Alte Malacien im G. lingualis um die Fissura calc. im G. fusiformis, um den G. occipito-tempor. med.; die Spitze des Hinterhauptlappens, der hintere Cuneusabschnitt, das Balkensplenium gleichfalls erweicht.

53. Siehe oben.

62. (Redlich, Jahrbücher für Psych. u. Neurol. XIII. Bd. S. 214—301.) 50jähriger Patient erleidet einen Schlaganfall, hernach Parese des rechten Armes. Herabsetzung der Sensibilität, des Lagegefühls, des stereognostischen Sinnes rechterseits. Er kann Gegenstände nicht beim Namen nennen. Gedruckte Worte oder Buchstaben kann er nicht lesen. Ebenso wenig geschriebene oder gedruckte oder geschriebene Zahlen. Spontan- und Dictatschrift correct, Copiren sehr mangelhaft, er malt Buchstabe für Buchstabe nach. Nach $1^1/_2$ Jahren unter epileptischen Attaquen Exitus.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: In der Tiefe der Fiss. calc. ein in das Spindelläppchen sich fortsetzender gelbbräunlicher Erweichungsherd, ebenso auch im hinteren Theil der Fissura parieto-occipitalis. An Frontalschnitten nimmt derselbe die mediale untere Hälfte des Marks der Hinterhauptspitze ein und sendet einen Fortsatz in die Marksubstanz des Spindelläppchens. Nach vorne nimmt die Erweichung zu. Sie umfasst nahezu den ganzen G. fusiformis, die untere Hälfte des G. lingualis und reicht auch in die unteren Abschnitte der centralen Markmasse des Occipitallappens hinein. Die Windungen der Convexität sind intact, nur der Uebergang der III. Occipitalwindung in den G. fusiformis ist in den Erweichungsprocess einbezogen. Herd im linken Thalamus. Rechte Hemisphäre: In der Marksubstanz kleinste Erweichungsherde. Das Splenium, Corp. callos. deutlich erweicht.

13. (Liepmann, Neurolog. Centralbl. XXI. S. 687. Patient hatte 3/4 Sehschärfe, erkannte kleine Zahlen, aber Buchstaben oder grössere Gegenstände nicht. Erkennen durch Tasten im leichten Grade gestört. Keine Apraxie, keine sensorische oder motorische Aphasie.

Sectionsbefund (Neurolog. Centralblatt. XXIII. 16. Januar, S. 83): Linke Hemisphäre: die Basis des Hinterhauptslappens zeigt eine tiefe Mulde, welcher eine Erweichung des Gyrus fusiformis und lingualis entspricht. Diese Windungen sind bis auf eine kartenblattdünne, äussere Rindenschicht zerstört; rechts dagegen liegt der Herd an der Convexität, erstreckt sich vom G. ang. durch Rinde und Mark von O_2 bis nahe an den Hinterhauptspol. Die Gegend der Fissura calc. erscheint beiderseits frei.

58. Siehe oben.

85. Siehe oben.

15. (Peters, Archiv für Augenheilkunde. Bd. XXXII. 1. H. S. 175.) 68jähriger Fabrikarbeiter kann nicht mehr so gut sehen als früher. Sehschärfe 20/70. Grosse und kleine deutsche Buchstaben werden richtig erkannt, aber

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch nicht das einfachste Wort kann er lesen. Seinen Namen schreibt er zögernd, erkennt ihn nachher nicht. Arabische Ziffern giebt er richtig und rasch an. Vorgehaltene Gegenstände erkennt er theils rasch und richtig, andere dagegen schwer; einzelne, deren Gebrauch ihm geläufig sein mussten, gar nicht. Kann nicht einfache Figuren nachzeichnen. Typische linksseitige Hemianopsie. Ausgeprägte Orientirungsstörungen.

Sectionsbefund: Erweichungsherde im Marklager beider Hinterhaupslappen; die äusseren Rindentheile waren ganz intact.

66. (Siehe oben.)

16. (Touche, Archives générales etc., wie oben Obs. XXVII.) Rechtsseitige Hemiplegie; keine Worttaubheit. Nachsprechen langsam zögernd, wird leicht dysarthrisch. Pat. kann nicht lesen, angeblich wegen Sehschwäche. Den Titel eines Aufsatzes liest sie richtig, behauptet aber, nichts von dem zu verstehen, was sie liest. Aufgefordert, ihren Namen zu schreiben, macht sie eine unverständliche Zeichnung. Erkennt ihren Namen nicht, wenn man sie ihn auch schreiben lässt, indem man ihre Hand führt. Erkennt kein Kreuz, keine 8, welche man sie zeichnen lässt. Gedächtniss stark herabgesetzt. Verschlimmerung der rechtsseitigen Hemiplegie. Abweichung der Augen nach links. Sprache fast unverständlich. Bis zum letzten Augenblick keine Worttaubheit.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Erweichung der Fissura calc., der oberen Cuneusfurche, des Praecuneus, der Furche, welche den Lobus limbicus und den Lob. fusiformis trennt. Rechte Hemisphäre: Erweichung des G. supramarginalis und angularis.

17. (Brissaud, Nouvelle Iconographie de la Salpetrière. Tome XV. 1902. No. 4. p. 281—85.) Pat. schien nicht bei Verstand zu sein, da er nicht immer Personen und Gegenstände wiedererkannte und sich letzterer nicht zu bedienen verstand. Dieser Zustand verliert sich. Die Untersuchung ergiebt keine Seelenblindheit, aber rechtsseitige homonyme Hemiopie. Seit einiger Zeit ist er vollständig unfähig zu lesen. Ebensowenig kann er seinen Namen abschreiben. Spontan schreibt er gut, ist aber unfähig, das eben Geschriebene zu lesen.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Fast der ganze Cuneus und Lobulus ling. sind erweicht. Die einzigen Regionen des Occipitallappens, die erhalten geblieben waren, sind: 1. Der Occipitalpol. 2. Die obere vordere Grenzregion an der Fiss. parieto-occip. Secundäre Degeneration des Balkens, welche sich in die rechte Hemispbäre hinüberzieht. Keine primäre Erweichung im Splenium. Die zwei vorderen Drittel des Lob. lingualis sind intact. Der Lobus fusiformis selbst, die dritte Occipitalwindung in ihrer dem Pol zunächst liegenden Partie leicht ergriffen.

18. (Willie, The Disorders of Speech. 1894. pag. 340.) 22jähriger Mann wird von einem heftigen Schwindelanfall auf der Strasse überrascht. Zehn Tage nachher Gefühl von Kälte und Schwere in der rechten Körperseite. Entdeckt jetzt, dass er nicht einmal seinen Namen lesen könne. Anfangs auch Buchstabenblindheit, nun Besserung derselben. Worte liest er nur buchsta-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

birend. Typische rechtsseitige Hemiopie mit einer beträchtlichen Einschränkung auch der linken erhaltenen Gesichtsfeldhälften. Diese Einschränkung war so gross, dass Patient wie durch eine Röhre sah. Keine Agraphie. Spontansprache fliessend, keine Einbusse des Gedächtnisses. Keine Paraphasie. Nur Eigennamen fallen ihm oft nicht ein. Intelligenz gut. Stirbt an einer Leberkrankheit.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Atrophie der unteren Fläche des Occipitallappens, Reduction des gesammten Lappens. Die weisse Substanz war von der Spitze des Occipitallappens bis zu den Grosshirnschenkeln erweicht. Von den Windungen waren der Gyrus lingualis, fusiformis und das hintere Drittel des G. hippocampi ergriffen.

12. (Hosch, Zeitschrift für Augenheilkunde. Bd. V. Berlin 1901.) Pat., 46 Jahre alt, erwacht mit Druckgefühl im Kopf, leichter Benommenheit und Flimmern vor den Augen. Bei der Untersuchung etwas Paraphasie. Die Sehprüfung zeigt, dass Zahlen zum Theil, Buchstaben garnicht erkannt werden. Linke Pupille weiter als die rechte. Spricht und schreibt wie früher geläufig 4 Sprachen, kann das Geschriebene ebensowenig als das Gedruckte lesen. Rechtsseitige homonyme Hemianopsie, Trennungslinie 10 bis 15 Grad nach der kranken Seite hin vorgebuchtet. Durch systematische Leseübungen wird das Lesen allmälig wieder möglich. Doch beklagte sich Pat. noch lange darüber, dass ihm die Uebersicht über das zu lesende Stück fehle und dass er jedes Wort genau fixiren müsse, um es lesen zu können.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre . . . „Dagegen findet sich an der medialen Fläche des linken Hinterhauptslappens, nahe der Basis, eine glattwandige flache Höhle von ca. 6 cm Länge, welche einen Theil des Cuneus, fast den ganzen G. lingu. und einen Theil des G. hippocampi einnimmt. Die Fissura calc. und occipito-temporalis sind vollständig in den Erweichungsherd aufgegangen.

19. (Bruns, Neurolog. Centralblatt. 1894. No. 1 und 2.) Buchstaben und vorgehaltene Gegenstände werden zwar erkannt, können aber nicht benannt werden. Worte werden nicht erkannt. Zahlen verhalten sich verschieden. Schreiben schlecht, Abschreiben unmöglich. Rechtsseitige Hemiparesis. Paraphasie mehr litteraler als verbaler Natur. Verarmung an Hauptworten.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: 1. Auf dem vorderen Ende des G. occipito-temporalis medialis (G. hippocampi et Uncus) eine burgunderrothe, gelappte, flache Geschwulst bis zur Spitze des Hinterhauptslappens. G. fusiformis ist frei.

2. Am hinteren Ende der 1. und 2. Temporalwindung dicht am Gyrus angularis eine Läsion, welche $1\,^1/_2$ cm in das Marklager eindringt. (Auf Taf. VIII nicht vermerkt.)

3. Im Mark des Hinterhauptslappens eine borsdorferapfelgrosse, blutreiche Geschwulst. Sie hält sich überall mindestens zwei Centimeter von der Spitze; nur an der Basis kommt sie der Rinde der Occipito-Temporalwindungen sehr nahe.

27. (Lissauer, Archiv für Psych. Bd. XXI. S. 220—270.) 80jähriger

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hereditär belasteter Kaufmann leidet seit drei Jahren an Schwindelanfällen. Wird bei einem heftigen Sturm mit dem Kopf an eine Bretterwand geschlagen. Seither Abnahme des Sehvermögens, Orientirungsstörungen. Bei der Untersuchung complette rechtsseitige homonyme Hemiopie. Sehschärfe anfangs $^1/_4$ bis $^1/_5$, später $^1/_3$ der normalen. Optische Merkfähigkeit gut, optisches Gedächtniss schlecht. Patient kann fliessend schreiben, sowohl spontan als auf Dictat. Nachzeichnen von Gegenständen, die er auch nachher nicht erkennt, gelingt mit Mühe. Alexie sowohl für Geschriebenes als Gedrucktes. Kann auch Selbstgeschriebenes nicht lesen. Später erhebliche Besserung des Lesevermögens. Ausgesprochene Seelenblindheit, mittelst des Tast- und Gehörsinnes werden Gegenstände leicht erkannt. Auch diese einer allmäligen Rückbildung fähig.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Eine alte Erweichung, welche den Raum zwischen der Fissura parieto-occip. und calc. in eine flache Mulde verwandelt hat. Der G. lingu. ist in den malacischen Herd mit einbegriffen. Nach der Convexität hin schneidet die Erweichung ziemlich genau mit der obersten Kante der Hemisphäre ab, sodass die lateralen Occipitalwindungen ganz verschont geblieben sind. Nur an der Stelle, wo die Parieto-occ.-Furche in die Convexität einschneidet, greift auch die Erweichung am Boden dieser Furche ein kleines Stück auf die Convexität über . . . . Sie unterbricht auch die Zusammenflussstelle des G. fornicat. und hippocampi. Das Balkensplenium nicht eigentlich erweicht, aber geschrumpft, gelblich und enthält fast gar keine markhaltigen Fasern. Malacisch erscheinen nur die zwei unteren Drittel des Balkenspleniums. Die Erweichung dringt längs der Fissura calc. und ihres gemeinsamen vorderen Verlaufsstückes bis zum Ventrikel vor.

28. (James Hinshelwood, Alexander Macphail, Alexander R. Ferguson, M. D. British medical journal, No. 2289, Saturday, November 12, 1904. pag. 1304.) 58jähriger Mann, Lehrer des Französischen und Deutschen, bemerkt eines Morgens, dass er die französische Aufgabe seines Schülers nicht lesen kann. Auch die Druckschrift eines Buches vermag er nicht zu lesen. Keine Herabsetzung der Sehschärfe. Zahlen werden leicht und fliessend gelesen, hingegen bleiben die grössten Buchstaben der Jägerschen Probetafel unerkannt. Keine optische Aphasie. Keine Seelenblindheit. Schreibt fliessend auf Dictat, ohne das Geschriebene nachher lesen zu können. Keine Einbusse der Intelligenz. Keine Sprachstörung oder Gedächtnissschwäche. Rechtsseitige homonyme Hemianopsie. Fundus normal. Ein Versuch, das Lesen wieder zu erlernen, misslingt. Der Zustand bleibt 9 Jahre unverändert. Plötzlicher Tod durch eine Blutung in das Kleinhirn.

Sectionsbefund: Erweichung in Folge von Atheromatose eines Zweiges der Arteria cerebri profunda. Dieselbe hat die Form eines Dreiecks an der ventralen Fläche der linken Hemisphäre. Die Basis erstreckt sich vom hinteren G. hippocampi bis zum S. occip. temp. lat. nach aussen, bis zur Fiss. calc. nach innen, die Spitze reicht bis zum Ende des Hinterhauptslappens. Es sind somit in den Läsionsbezirk miteinbezogen: Der hinterste Abschnitt des Gyrus hippocampi, die hintere Hälfte des Gyrus fusiformis, der Gyrus lingualis, die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Basis der dritten Occipitalwindung, vom Cuneus nur eine ganz beschränkte, der Fiss. calc. zunächst liegende Area. Die Hirnsubstanz erscheint eingesunken, die Rinde geschrumpft, die Pia bildet die untere Wand einer Cyste. Der Ventrikel (Hinterhorn und Unterhorn) ist colossal erweitert und communicirt mit dem erwähnten Hohlraum. Der linke Gyrus angularis ist intact.

21. (Henschen, Pathologie des Geh. II. Th. F. 42. S. 415.) 73jährige Wittwe wird vom Schlag getroffen und verliert das Sprach- und Leseverständniss. Erneute Schlaganfälle. Hernach Lähmung der rechtsseitigen Extremitäten. Die Augen sind starr nach vorne gerichtet. Ab und zu Gesichtshallucinationen. Wortblindheit. Dieselbe scheint vollständig zu sein, obgleich sie früher lesen konnte, kennt sie weder Ziffern noch Buchstaben jeglicher Grösse oder Form wieder, mit der bestimmten Erklärung, dass sie nicht sehe, obwohl sie deren Anzahl zusammenrechnen und deren Formen mit dem Finger folgen kann. Das Bild eines Knaben wird für eine Frau, das einer Frau für einen Wolf oder Baum angesehen. Hat nie schreiben gelernt. Rechtsseitige Hemiopie. Durch eine bedeutende Trübung in den vorderen Medien des Auges Herabsetzung der Sehschärfe. Andeutung von Worttaubheit und motorischer Aphasie. Partielle amnestische Aphasie, Paraphasie. Seelenblindheit fehlt anscheinend. Sensibilität anscheinend herabgesetzt.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Kleine Malacien im Frontallappen. Der G. occipito-temporalis ist an der unteren Fläche in grösserer Ausdehnung in einen schlapphäutigen Sack verwandelt. Der G. hippocampi ist mit Ausnahme des Uncus zerstört. Die Erweichung im G. occipito-temp. reicht nach hinten bis zur Spitze des Hinterhauptlappens. Nur am lateralen Rande ist ein Streifen des G. occ. lat. externus zum Theil erhalten geblieben, aber auch dieser Rest ist grösstentheils malacisch. Vom G. lingu. ist nur ein schmaler Saum an der Fissura calc. zurückgeblieben. Das Balkensplenium zeigt in seinem occipito-ventralen Theil eine ausgeprägte gelatinöse gelbe Verfärbung, ist aber nicht erweicht. Eine Cyste dorsal von der oberen Lippe der Fiss. calc. und an der Grenze zwischen Hinterhaupt und Scheitellappen, welche sich sowohl nach hinten, wie auch etwas nach vorne in's Mark von P_2 ausdehnt. Rechte Hemisphäre: Millimetergrosse Erweichungsherde im Scheitel und Hinterhauptslappen.

22. (Maurice Dide et Botcazo, Revue Neurologique. 30 Juillet. 1902.) Eisenbahnbediensteter, Alkoholist, erleidet einen apoplectischen Insult. Schwäche der rechten Seite, welche auch für Berührung, Wärme, Kälte und Nadelstiche vollkommen anästhetisch ist. Astereognose der rechten Hand. Gesichtsfeld auf beiden Seiten ausserordentlich eingeschränkt. Bei Anwendung entsprechender Brillen keine Seelenblindheit. Patient kann die Buchstaben eines Wortes aufzählen, aber er kann sie nicht derart gruppiren, dass sie einen Sinn geben. Bei seinen Versuchen nennt er ein Wort, welches keine Verwandtschaft mit dem hat, welches er buchstabirte. Spontanschreiben bis auf seinen Namen, den er leserlich schreibt, aufgehoben. Klagt, dass er das Papier schlecht sähe und die Schreibfeder nicht fühle. Dictatschreiben gut. Spontansprechen etwas mangelhaft. Nachsprechen correct. Gedächtnissdefecte

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

für die Jüngstvergangenheit. Verkennung der augenblicklichen Situation. Ausfall der topographischen Vorstellungen.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Ein kleiner Erweichungsherd von der Grösse eines Francstückes im hinteren Abschnitt des Sulcus occipito-temp. med. den Lobus fusiformis freilassend und sich auf den Lob. lingu. beschränkend, nach hinten zu fast die Fiss. calc. berührend. Er reicht beträchtlich in die Tiefe und verbindet die Rinde der occipitalen Spitze mit dem hinteren Ende des Seitenventrikels. 7—8 mm langer und 4 mm breiter Erweichungsherd im Thalamus. Rechte Hemisphäre: Beinahe die ganze mediale Fläche des Hinterhauptslappens erweicht. Der Balken wurde genau untersucht und normal gefunden.

40. (Bramwell, The Scottish Medical and Surgical Journal. 1905. A case of alexia with autopsy.) 63jähriger intelligenter Kranker klagt seit einem Jahr über Verschlechterung des Sehens. Der consultirte Augenarzt constatirt zwar normale Sehschärfe, aber rechtsseitige homonyme Hemianopsie und Wortblindheit. Patient spricht fliessend und versteht alles. Von den Buchstaben A, C, O, B, H, V erkennt er bloss O und V. Vollständige Wortblindheit. Einige wenige einsilbige Worte ausgenommen, kann er kein Wort lesen. Hingegen werden selbst 4stellige Zahlen erkannt. Schreiben geht leicht von statten, sobald ihm der erste Buchstaben des Satzes vorgeschrieben wird. Hat er einen Satz geschrieben, kann er ihn nach 5 Minuten nicht wieder lesen. Gewisse Worte, die er zu lesen nicht fähig ist, kann er durch Nachfahren der einzelnen Buchstaben mit dem Finger erkennen. Abschreiben aufgehoben; zeichnet ein A mit Mühe, wie ein ihm völlig fremdes Zeichen nach. Keine Hemiplegie oder Hemieanästhesie.

Sectionsbefund: Linke Hemisphäre: Embolie der Arteria cerebri profunda. Umfangreiche Erweichung an der basalen Fläche des Hinterhaupt-Schläfelappens einschliesslich der zwei hinteren Drittel des G. hippocampi. Der Cuneus bis auf seinen vorderen, der Fiss. parieto-occipitalis zunächst gelegenen Theil, zerstört. An der Convexität sind O_2 und O_3 vernichtet und der hinterste Theil des Schläfelappens ist gleichfalls in den Destructionsbezirk mit einbezogen. Der G. supramarg. intact. Die Läsion macht kurz hinter dem G. ang. Halt. Die Rinde des G. ang. wurde mikroskopisch untersucht und intact befunden [1]).

---

1) Die Auszüge der Krankenberichte habe ich, insoweit mir die Originalarbeiten zugänglich waren, nach Einsicht in dieselben angelegt. Vielfach musste ich mich aber auf die Wiedergabe bereits gekürzter Mittheilungen beschränken, wie sie die werthvollen Zusammenstellungen Naunyn's (Congressberichte 1887), Henschen (Pathologie), Allen Starr (Brain): „Die Jahresberichte für Psychiatrie und Neurologie" aufweisen. Manchen Fall habe ich in der von den genannten Autoren gegebenen Fassung wörtlich in meine Arbeit herübergenommen, ohne dies jedes Mal ausdrücklich zu vermerken. Ungenauigkeit in Einzelheiten thut bei Anwendung der nur grobe Verschiedenheiten einschätzenden Methode der Brauchbarkeit des einzelnen Falles keinen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach dem Vorstehenden dürfen wir die Eingangs aufgeworfenen Fragen folgendermaassen beantworten:

1. Wortblindheit ist ihrem Wesen nach ein krankhaftes Unvermögen, bestimmte optische Erinnerungsbilder von der Peripherie aus wach zurufen. Die Ursache ist entweder der Untergang jener Rindenpartie selbst, deren Functionszustände im Aufleuchten des optischen Wortbildes zum Bewusstsein gelangt und nach aussen hin sich kundgiebt oder jener Leitungsbahnen, welche diese Rindenstelle mit der Peripherie verknüpfen. An eine Associationsstörung, etwa im Sinne einer Leitungsunterbrechung zwischen einer optischen Wahrnehmungs- und Erinnerungsrinde, zwischen linkem Hinterhauptslappen und Gyrus angularis ist nicht zu denken, da die Rinde des Letzteren isolirt zerstört keine Wortblindheit zur Folge hat, Erkrankungen auch vor dem Gyrus angularis das Symptom der Wortblindheit aufweisen, Agraphie kein Beweis für die Fähigkeit schreibend zu lesen, kein Beweis gegen das Vorhandensein des optischen Wortbildes ist, und endlich, die Verlegung der Erinnerungsbilder in Rindengebiete, welche nicht gleichzeitig der Wahrnehmung dienen, noch eine Hypothese ist, die nicht zur Grundlage eines pathologischen Gehirnmechanismus erhoben werden darf. Ebenso wenig geht es an, eine Associationsstörung zwischen Hinterhaupts- und Schläfelappen anzunehmen, da naturgemäss sowohl die fraglichen Partien des Hinterhaupts- als des Schläfelappens bei ihrer Läsion dasselbe Symptom, Wortblindheit hervorrufen müssten, eine Consequenz, welche durch die klinische Erfahrung widerlegt wurde, indem sich die temporale Alexie von der durch Wortblindheit bedingten, wesentlich unterscheidet. Wortblindheit ist daher als eine der Worttaubheit analoge Erscheinung auf optischem Gebiete zu betrachten.

2. Die graphische Zusammenfassung der Läsionsbezirke auf Taf. VIII u. IX hat gezeigt, dass in der Häufigkeitsskala ein

---

Abbruch. Die Bedeutung der gebrauchten Abbreviaturen zur Bezeichnung bestimmter Grosshirnlappen:

O_1, O_2, O_3 = erste, zweite, dritte Occipitalwindung.
T_1, T_2, T_3 = erste, zweite, dritte Temporalwindung.
P_1, P_2; P_1 = obere, P_2 = untere Scheitelwindung.
A. und G. ang. = Gyrus angularis.
G. supram. oder sm. = Gyrus supramarginalis.
F_1, F_2, F_3 = erste, zweite, dritte Stirnwindung.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nach oben gekrümmtes bandförmiges Areal alle anderen Gebiete übertrifft und, dass hier die Natur bei den fast ausschliesslich unter die Rinde hinabreichenden Erkrankungsherden auf die Ergriffenheit immer eines und desselben Faserzuges mit unverkennbarer Constanz hinweist. Die Photogramme mehrerer Sagittalschnitte von einem wenige Wochen alten Kindergehirn lassen dieses Fasersystem im isolirten Mark weiss hervortreten. Dass dieser Faserzug der oberen Sehstrahlung entspricht, ist auf den ersten Blick klar.

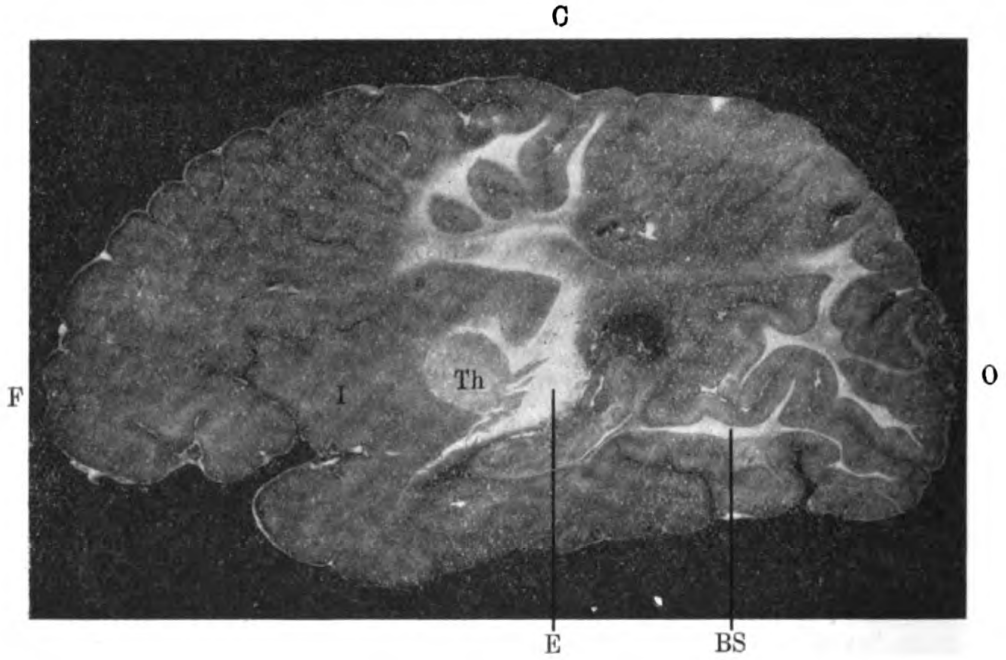
3. Bereits die vorgeführten Sagittalschnitte des kindlichen Gehirns lassen das occipitale Ende dieses Faserzuges in den hinteren unteren Partien des Hinterhauptslappens vermuthen. Das Studium der secundären Degeneration derselben erhebt diese Vermuthung zu hoher Wahrscheinlichkeit und erklärt die basale Rinde des Hinterhauptslappens für die Centralstelle jener Bündel. Die basalen Rindenfelder sind es auch, welche auf Tafel IX mit den meisten Zahlen besetzt sind. Es liegt daher sehr nahe, hier die Festigung des wahrgenommenen optischen Wortbildes zum dauernden Erinnerungsbild anzunehmen. Und in der That ist bisher kein einziger Fall von Zerstörung der ganzen Grundfläche des linken Hinterhauptlappens beobachtet worden, welcher Wortblindheit, intra vitam, hätte vermissen lassen.

Erklärung der umstehenden Figuren 1, 2, 3.

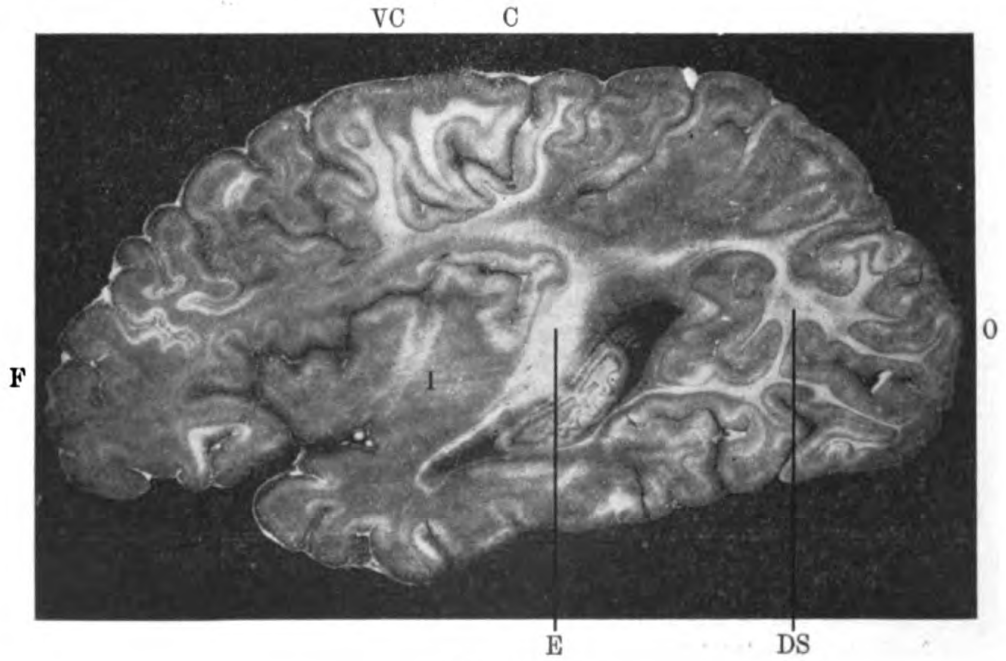
Die Abbildungen sind photographische, durch einfaches Copiren auf lichtempfindlichem Papier gewonnene Wiedergaben durchsichtiger, nach Weigert-Pal behandelter Sagittalschnitte aus dem Gehirn eines 9 Wochen alten Kindes. Durch diesen Vorgang sind bereits entwickeltes Hemisphärenmark und die unreife Umgebung in die ursprünglichen Gegensätze des Colorits zurückversetzt worden, das mit Hämatoxylin dunkel tingirte Mark wurde, wieder weiss, die der Markscheiden noch entbehrenden Gebiete erhielten ihren natürlichen grauen Farbenton.

HC, VC = Hintere, vordere Centralwindung.
O = Hinterhauptslappen.
F = Stirnlappen.
T = Schläfelappen.
S = Einstrahlungsgebiet der sich zusammenschliessenden dorsalen und basalen Bündel der Sehstrahlung.
DS = Dorsales Bündel der Sehstrahlung.
BS = Basales Bündel der Sehstrahlung.
Th = Thalamus opticus.
I = Insel.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

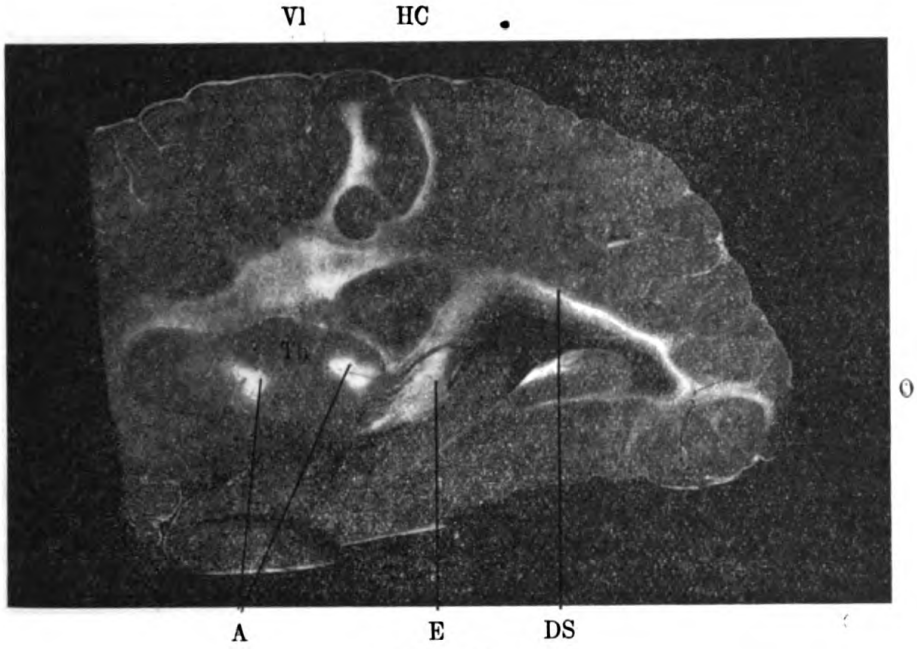


Figur 1.



Figur 2.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Figur 3.

Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XX.

Aus der psychiatrischen Klinik der Reichs-Universität Utrecht.

Zur Symptomatologie der Aphasie

mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen Sprachverständniss, Nachsprechen und Wortfindung.

Von

Karl Heilbronner.

(Schluss.)

Der folgende Fall verdient, weil es sich um ein an sich merkwürdiges und seltenes Bild handelt, ebenso wie der erste, eingehendere Darstellung.

Beobachtung IV.

Petrus W., 63 Jahre, Arbeiter.

Patient war in die Irrenanstalt zu Utrecht zum ersten Male am 13. September 1903 aufgenommen worden.

Anamnestisch war festgestellt worden, dass er dem Trunk ergeben und als Wilddieb bekannt war.

Er war kurz vorher in bewusstlosem Zustande in ein auswärtiges Krankenhaus aufgenommen worden und zeigte „Symptome einer Apoplexie"; nach einigen Tagen zeigte sich, dass es sich um eine „transitorische Bewusstlosigkeit mit Lähmung" gehandelt hatte. Da er am 11. September versucht hatte, durch das Fenster zu entweichen, erfolgte am 13. September die Ueberführung.

Patient bot damals Erscheinungen (Verlust der Patellarreflexe), die als neuritische aufgefasst wurden, ferner Incontinentia paradoxa; am 16. September wurde Morgens und Abends ein leichter Insult mit mehrere Minuten dauernden Zuckungen im rechten Arm und Bein beobachtet, während deren Patient bewusstlos war.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Zustand besserte sich rasch: am 23. September waren die Patellarreflexe wieder nachzuweisen, Patient war nicht mehr incontinent; doch blieb eine als sensorisch-amnestisch bezeichnete Sprachstörung zurück.

Ich konnte den Kranken erst im Juni und Juli 1904 genauer untersuchen.

Patient, ein für sein Alter ungewöhnlich rüstiger, viel jünger aussehender Mann, befand sich damals bereits lange ausser Bett und bewegte sich ganz geordnet auf der ruhigen Abtheilung.

I. Spontansprache.

Patient spricht im Ganzen wenig, auch bei der Untersuchung kein Rededrang; das Sprechen erfolgt ohne Schwierigkeit. Die reine Spontansprache reicht aus für eine ziemlich eingehende Auseinandersetzung darüber, dass er nach Hause müsse, da er jetzt bei der Ernte Arbeit finden könne.

II. Aufgabe, gezeigte Gegenstände zu benennen.

Von 51 Bildern im Bilderbuche (Serie A) (auch selteneren) bezeichnet er Anfang Juni 21 ganz zutreffend; in 8 Fällen findet er zwar die Bezeichnung nicht, giebt aber einen zutreffenden Commentar (Schaufel: um den Schmutz wegzunehmen, Leiter: etwas, womit man hinaufsteigt u. ä.); in 7 Fällen kommt es zu Wortverwechslungen, die aber nicht ganz sinnlos sind; am häufigsten entsprechend der Art der gezeigten Bilder kommt es zu Verwechslungen von Thierbezeichnungen (Hahn: Vogel, Spatz; — Schaf: Kaninchen; Gans: Hühner; Löwe: Hund; — Elephant: Weiss nicht, ob Kuh oder Schwein), auch hier also noch die Verwechslung innerhalb eines engen Gebietes; eine Flasche bezeichnet er als: „eine Kneipe, ich weiss es nicht recht"; zuweilen kommt erst eine paraphasische Bezeichnung, die er dann unmittelbar selbst corrigirt (Hahn: Storch, dann spontan Hahn) oder er beginnt mit einer Umschreibung, um dann zuletzt noch auf das richtige Wort zu kommen (Kanone: eine Art Gewehr von einer Festung, Geschütze); bei der Zählung der Resultate wurde dann das Schlussergebniss berücksichtigt, Haftenbleiben trat nur in wenigen Fällen zu Tage, zuweilen ergab dann nochmaliges Fragen bessere Antwort (Scheere erst perseveratorisch als Harke, dann auf Vorhalt umschreibend als Zange zum Kneipen bezeichnet). Häufiger fiel die Antwort ganz aus oder Pat. erklärte: das kenne ich nicht, auch bei Dingen, die er sicher kannte, wie sich gelegentlich anderer Prüfungen ergab. Eine litteralparaphasische Reaction wurde nur einmal beobachtet.

In einer zweiten Reihe (Serie B) von 64 Aufgaben mit zum grossen Theil anderen Bildern benennt er einige Wochen später (Anfang Juli) 29 richtig; 6mal gebraucht er sinnentsprechende Umschreibungen, 18 mal erfolgt keine Reaction resp. ich weiss nicht; die Fehler entsprechen qualitativ den früheren: nur 2mal litterale Paraphasie.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Aufgabe, verlangte Gegenstände zu zeigen.

Von denselben 51 Gegenständen, die sub II (Serie A) benutzt waren, zeigt er auf Verlangen 10 richtig (Schwein, Kaffeemühle, Kaffeekanne, Fisch, Gewehr, Lampe, Pferd, Gänse, Leiter, Lehnstuhl). Statt Nagel zeigt er eine Schraube, Heuwagen ergänzt er: mit Pferd und zeigt den bespannten Postwagen. 7mal zeigt er ganz falsche Gegenstände, die er aber (gleich dem Kranken in Beobacht. II) dann gleichzeitig in 4 Fällen richtig benennt; meist wiederholt er stereotyp: „Kenne ich nicht", „weiss ich nicht", das ausnahmsweise auch der richtigen Reaction vorangeht. Ein einziges Mal versuchte er das aufgegebene Wort nachzusprechen (Vleermuis [Fledermaus] wird verlangt, er sagt „Musjes?" [Spatzen]).

Von 60 Gegenständen aus Serie B zeigt er 11 richtig; 3mal zeigt er auf falsche; im Uebrigen lehnt er wieder ab.

Unter den Worten, auf die richtig reagirt wurde, finden sich mehrere, die er in Aufgabe II nicht gefunden hatte; die grössere Mehrzahl der dort gebrauchten blieb, wie schon die geringere Zahl der richtigen Resultate lehrt, unverstanden.

Das übrige Sprachverständniss s. u.

IV. Nachsprechen.

A. Nachsprechen von Worten, die er selbst kurz vorher gebraucht hat.

Es werden ihm 36 Substantiva vorgesagt, die er sub II selbst gebraucht hat; die Aufforderung, sie nachzusprechen, wird in 8 Fällen richtig befolgt; 2mal versagt er ganz; die 26 übrigen Reactionen ergeben: einige Male das vorgesagte Wort in grammatikalisch richtiger Umformung (Plural statt Singular, Deminutiv statt Stammwort); häufiger kommen Worte zu Tage, die mit dem vorgesagten einige Aehnlichkeit haben, sei es in Bezug auf den Beginn (ketting [Kette]: kippen [Hühner]), sei es allein auf den Vocal (Zand [Sand]): (Lamp [Lampe]), sei es auf grössere Theile (Zakje [Sack]: Fakkels [Fackeln]); ausnahmsweise kommen auch einigermaassen ähnlich lautende längere Producte zu Tage (Ooievaartje [Storch]: Olifantje [Elephant]); häufiger waren Umformungen derart, dass durch Abänderung von ein oder zwei Lauten, Anhängen oder Zwischenschieben von Silben oder Buchstaben, oder auch durch eine Häufung derartiger Proceduren bei einer Aufgabe „neue" Worte gebildet wurden, die dann im Gegensatz zu den eben angeführten Beispielen keinen Sinn mehr ergaben.

B. Nachsprechen von Worten etc., die er nicht vorher gebraucht hat.

Schon das blosse Nachsprechen von Vocalen machte Schwierigkeiten; der Vocal erschien zwar meist in dem, was der Kranke producirte[1]), aber gewöhn-

1) Auf die „Hülfe", die er sich durch Ablesen am Munde verschaffte (s. u.), ist damals leider nicht geachtet.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lich mit einem Zusatz, der den Vocal zu einem geläufigen Worte ergänzte [a: aap (Affe)]; oe: koei (Kuh); das gleiche Wort konnte er dann wieder nicht nachsagen, wenn es vorgesprochen wurde.

Worte misslingen meist: die Aufgabe, ihn längere Abstracte nachsprechen zu lassen, muss abgebrochen werden, da Patient sich weigert, das Nachsprechen zu „riskiren". Von 67 Concreten (den Bezeichnungen der Gegenstände aus Serie B), nebst einigen Worten, die er in dieser Prüfungsreihe gebraucht, vorwiegend aber Worten, die er nicht vorher selbst verwandt, spricht er nur 7 richtig nach; 12mal erfolgen Umformungen resp. Fehler analog den sub A geschilderten; in den übrigen 50 Fällen wird die Reaction wieder abgelehnt.

Gegen das Nachsprechen von sinnlosen resp. fremdsprachigen Combinationen wehrt er sich schon in der früheren Versuchsreihe, also zu der Zeit, wo er noch eher zu einem Nachsprechen auf gut Glück zu bewegen war als einige Wochen später. Es gelingt aber doch eine Reihe — unter fortdauerndem Protest, das verstehe er nicht, — zu erhalten.

α = oostervaan; — β = histel; — γ = lamma; — δ = beitelen; ε = slusufon; — γ = romma, — $\varkappa$ = kamma u. s. w.

V. Aufgabe, ein Wort nachzusprechen, während er den entsprechenden Gegenstand sieht.

Anfang Juli 1904 werden ihm zum Beginn einer Prüfung 66 Abbildungen (Serie B) im Bilderbuch der Reihe nach gezeigt und jedesmal die Bezeichnungen dazu vorgesprochen. Die Aufgabe, die Bezeichnung nachzusprechen, löst er in 30 Fällen correct; in 34 Fällen erfolgen Umschreibungen, in denen zuweilen das vorgesprochene, aber nicht direct nachgesprochene Wort irgendwie, wenn auch umgestalte twiederkehrt, oder auch allein paraphasische Verunstaltungen des vorgesprochenen Wortes; ausnahmsweise gelingt es, durch wiederholtes Vorsagen und erneutes Deuten nach dem Bilde die richtige Reaction noch auszulösen; zumeist bleibt der Versuch ergebnisslos, wie auch lauteres Sprechen nichts bessert, ihn bezeichnender Weise einmal zu der Bemerkung veranlasst: „Ich bin nicht taub, aber ich verstehe sie nicht".

Die Uebereinstimmung (30 richtige Reactionen in dieser Aufgabe, 29 Gegenstände der Serie B in der zeitlich darauf folgenden Untersuchung [cf. sub. II.] richtig benannt) bezieht sich nicht auch auf die einzelnen Componenten, die meisten richtigen Reactionen erfolgen zwar in beiden Reihen auf die gleichen Aufgaben; es kamen aber in jeder der beiden Reihen richtige Reactionen vor, die in der anderen nicht gelangen.

(Die kleinen Differenzen in der Zahl der gestellten Aufgaben innerhalb der Serien A und B erklären sich zum Theil aus Versehen beim Zeigen, zum Theil aus Zwischenaufgaben, die sich zuweilen ergaben und die nun mitgezählt werden müssen.)

Lesen und Schreiben erklärte der Patient nie gelernt zu haben; die an sich ganz glaubwürdig vorgebrachte Angabe wurde uns auf Anfrage bei dem

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bürgermeister seiner Heimatgemeinde auf Grund von Mittheilungen seiner früheren Arbeitgeber und Mitarbeiter bestätigt.

Prüfungen mit Zahlenlesen sind damals nicht angestellt.

Patient wurde im September 1904 entlassen und am 19. November 1905 der Anstalt wieder zugeführt, weil sich die Kinder seiner nicht mehr annehmen wollten.

Die körperliche Untersuchung ergiebt: Der Allgemeinzustand ebenso befriedigend wie früher; kaum seniler Habitus; die Pupillen sehr eng, auch bei geringer Beleuchtung nur wenig sich erweiternd, auf concentrirtes Licht geringe Reaction. Keine hemiplegischen Symptome in den Extremitäten, der rechte Facialis ganz wenig schwächer innervirt als der linke, die Zunge ohne Deviation vorgestreckt. Die Patellarreflexe erhalten, gleich; die Achillesreflexe auch in knieender Stellung auf dem Stuhle nicht auszulösen. Keine hemiopische Störung. —

Gehörprüfung s. später.

Patient erscheint in seinem Verhalten gegen früher nicht verändert.

Er ist orientirt, kennt die alten Bekannten, weiss, dass er schon hier war, giebt gelegentlich einmal sogar zutreffend an, dass er 14 Monate zu Hause gewesen sei; er ist wenig zufrieden, dass man ihn wieder hierher gebracht, beschuldigt immer wieder einen seiner Söhne, dass er daran Schuld sei, hält sich aber ganz geordnet; er ist ausser Bett, bleibt aber ganz allein für sich, macht keinen Versuch, sich mit den anderen Kranken zu unterhalten; dagegen beschäftigt er sich, dazu veranlasst, ganz brauchbar, zum Theil mit Reinigungsarbeiten auf der Abtheilung, zum Theil beim Kartoffelschälen. Er sorgt für sich selbst, soll auch, nach Angabe des Wartepersonals, seine einfachen Wünsche zu äussern wissen.

Den Untersuchungen folgt er mit ungewöhnlicher Aufmerksamkeit, wenn auch nicht mit eigentlichem Interesse; die Hoffnung auf die als Belohnung winkenden Cigarren und Geldstücke scheint keine unwesentliche Rolle zu spielen; namentlich für Geld ist er sehr empfänglich: er trägt seinen Reichthum in das Taschentuch geknüpft bei sich, vergisst nie, wenn er etwas dazu geschenkt bekommt, zunächst das Geld einzuknüpfen und weiss anzugeben (s. u.), wie viel er besitzt. Auch über die Verwendung denkt er nach, wenigstens versicherte er uns einmal, vertrinken werde er es sicher nicht, wenn er nach Hause komme. Ermüdung macht sich auch bei recht lange dauernden Untersuchungen ebensowenig bemerklich als Ungeduld.

Als Resultat sehr zahlreicher Untersuchungen im December 1905 ergab sich:

VI. Gehör.

Die Durchprüfung mit der continuirlichen Reihe ergab beiderseits eine unterbrochene Hörstrecke von D bis d^{VII}.

Die Prüfung der Hördauer ergibt für

	Pat. l. Ohr.	Pat. r. Ohr	Normal
C (64 Schw.)	50 sec.	62 sec.	90 sec.
c'' (512 Schw.) . . .	45 „	58 „	60 „
fis^4 (2860 Schw.) . .	12 „	13 „	17 „

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Prüfung, welche Herr College Zwaardemaker vorzunehmen die Güte hatte, gelingt ohne Mühe; Patient gibt sehr präcis an: die Prüfung mit fis^4 wird auf jedem Ohre dreimal gemacht; die Zeiten, aus denen dann das Mittel genommen wird, schwanken, mit der $^1/_5$ Sec.-Uhr gemessen, um ca. $1\,^1/_2$ Secunden.

Dagegen misslingt der Versuch, die Flüstersprachprüfung in der üblichen Weise vorzunehmen, vollständig.

VII. Reihensprechen.

Durch rhythmisches Bewegen seines Armes kann man Patient dazu bringen, zu zählen; er zählt dann mit grosser Geschwindigkeit, laut und deutlich ohne den geringsten Anstoss; mit einem Kunstgriff (s. u.) gelingt es auch, ihn zum Aufzählen der Monatsnamen zu bringen, auch das geschieht ohne jede Schwierigkeit.

(Ueber musikalische Reihenleistungen siehe sub. XIII.)

VIII. Spontansprache. Conversationssprache.

Patient ist im Ganzen schweigsam, wie auf der Abtheilung auch bei den Untersuchungen; er spricht auch hier nur, wenn er direct angesprochen wird oder ausnahmsweise eine Bitte hat, fragt z. B. gelegentlich correct, ob er sich ein Glas holen darf, ob er nicht bald nach Hause könne. Beschäftigt man sich nicht direct mit ihm, so sitzt er still, meist rauchend, am Tische, reagirt aber auf Anreden sofort. Kommt man auf ein Thema, das ihn interessirt, so erzählt er mit ziemlicher Gewandtheit und gutem Wortschatz: von seinen Jagderlebnissen, der Kunst, linkshändig zu schiessen u. s. w. Eventuell hilft er pantomimisch sehr geschickt nach. Am beredtesten wurde er auch jetzt wieder, wenn er auf die Frage der Entlassung und seine Pläne für die Zukunft zu sprechen kam.

Paraphasisch entstellte Worte werden in der Unterhaltung höchstens ganz ausnahmsweise gehört; der starke Dialect, in dem der Kranke spricht, macht die Entscheidung, ob es sich nicht um Provincialismen handelt, nicht nur mir, sondern auch den holländischen Assistenten zeitweise schwer. Tonfall, Stimmstärke boten nichts Besonderes. Ganz selten wurden agrammatisch geformte Constructionen gehört. Die grosse Mehrzahl der Sätze war jedenfalls durchaus richtig gebildet.

IX. Aufgabe, gezeigte Gegenstände zu bezeichnen.

Von 29 ganz geläufigen Dingen und Körpertheilen, die ihm in natura gezeigt werden (Serie C), bezeichnet er 20 correct; in einigen Fällen kam es zum Danebenassociiren (statt Zunge: Mund; statt Daumen: Kleinfinger [holl.: pink]), einige Male zu Umschreibungen (Bleistift: um zu schreiben) oder zu Bezeichnung von Theilen (Zündholzschachtel mit Bild der Königin: von der Königin). Keine litterale Paraphasie, zwei Mal verbale (Tintenflasche und Schlüssel werden als Kette bezeichnet, ein Wort, das er auch sonst zuweilen zur „Aushilfe“ heranzieht.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von 150 Abbildungen (Serie D), die ihm aus dem Bilderbuche vorgelegt werden, darunter begreiflicherweise eine ganze Reihe seltenerer Dinge, bezeichnet er noch 50, zumeist geläufigere, correct; fast ebenso oft (48 Mal) ist in dieser Reihe die Reaction „kenne ich nicht" oder „weiss ich nicht" notirt; sie erfolgt zuweilen auch vorläufig, wenn er nachher wenigstens noch eine Umschreibung liefert, die die erfolgte Identification sichert; ob er alle Gegenstände erkannt hat, ist nicht mit Sicherheit zu entscheiden, da er die Aufforderung, ihren Zweck irgendwie anzudeuten, nicht immer begreift, ein grosser Theil derselben auch eine derartige Andeutung ausschliesst.

Von den vor $1^1/_2$ Jahren benutzten 51 Abbildungen der Serie A benennt er 28 richtig; in 12 Fällen findet er eine zutreffende Umschreibung; bezüglich des Restes gilt das Gleiche wie früher: selten falsche Worte, ganz ausnahmsweise Wortentstellungen; meist: „das weiss ich nicht."

Der Vergleich der wiederholt geprüften Serien, resp. der mehreren gemeinsamen Worte und zahlreicher, hier nicht besonders anzuführender gelegentlicher Prüfungen ergibt Folgendes: Eine Reihe ganz geläufiger Bezeichnungen steht dem Kranken ziemlich sicher zur Verfügung; trotzdem fehlt auch von diesen die eine oder andere gelegentlich einmal; ein Inventar immer und ausnahmslos verfügbarer Worte ist nicht aufzustellen; eine Reihe anderer Gegenstände wurde nie benannt. Da es sich um minder geläufige, zum Theil auch nicht sehr prägnant gezeichnete handelt, muss die Frage, ob er sie erkannt, offen bleiben; auch einige ganz geläufige Gegenstände, darunter der immer wieder geprüfte Schlüssel, den er mit besonderer Vorliebe als Kette bezeichnete, während er dabei Schliessbewegungen ausführte, schienen besondere Schwierigkeiten zu machen; doch benannte er auch diese gelegentlich wieder einmal richtig.

Am sichersten standen dem Kranken in sehr zahlreichen Untersuchungen die Namen der Münzen und Zahlworte zur Verfügung (cf. sub. XV).

X. Anderweit auszulösende Bezeichnungen.

Die Zahl der möglichen Versuche war angesichts der immerhin nicht unerheblichen Sprachbehinderung des Patienten beschränkt. Festzustellen war Folgendes:

Er benennt tastend (gleichviel, ob rechts oder links) in die Hand gegebene Münzen richtig, ebenso Uhr, Cigarre, Ring und Tuch.

Die Aufforderung, acustische Eindrücke zu bezeichnen, ergiebt:

Klopfen gegen Glas	Läuten draussen.
Streichholzschachtel geschüttelt	Läuten, Glas.
Geldschütteln	Glas.
Uhrticken	Uhr.
Händeklatschen	kenne ich nicht.
Später	klatschen so in die Hände.
Krähen	(lacht) das ist für den Kukuk.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bellen	(lacht) Hund.
Quaken	Hahn.
Miauen	kenne ich nicht, habe ich nie gethan.
Blöken	das ist wieder für die Hühner.
Geldklappern, Schlüssel, Pfeifen	giebt er an, nicht zu kennen.
Nationalhymne gepfiffen	weiss ich nicht, meine Jungens haben es öfter gethan.
Streichholz angestrichen	Gas anzünden.

Olfactorisch bezeichnet er, von hinten mit Cigarrenrauch angeblasen, diesen richtig: „Rauch von einer Cigarre“ und fügt spontan noch bei: „das ist eine gute.“

Im Nacken mit einem Zündholz gekitzelt meint er: „Stechen Sie nur durch.“

Vorgemachte Trinkbewegungen lösen jedes Mal sicher eine längere Daclamation darüber aus, dass er sich dieses sein früheres Laster jetzt abgewöhnt, ebenso pantomimische Schiessbewegungen die Versicherung, dass er gewiss nicht mehr wildern werde, nachdem er deswegen eine Gefängnissstrafe verbüsst. Er spricht dabei ganz geläufig.

XI. Aufgabe, genannte Gegenstände zu zeigen.

Von den 29 ganz geläufigen Objecten der Reihe C zeigt er nur 9 richtig; von den 6 Körpertheilen wird nur Bauch richtig gezeigt, trotzdem er an anderen zeigen sollte; dabei wurde auch in der umschreibenden Form verlangt, wie er die Gegenstände zum Theil bezeichnet hatte — ohne Besserung des Resultates. Unter den unmittelbar richtig gezeigten finden sich wieder zwei, die er nicht hatte benennen können; die Mehrzahl der (sub. IX) richtig benannten fehlte, wie wieder aus den Zahlen hervorgeht, auch nun.

7 Mal wiederholte er beim Zeigen den Namen richtig; ausserdem aber 5 Mal fragend das Aufgabewort, ohne gleichwohl den Gegenstand zu finden, meist dann mit dem Zusatz: „das kenne ich nicht“; Fehler kamen nur ganz ausnahmsweise (3 Mal) vor; man sah ihm dann an, dass er auf gut Glück zugriff.

Von den 51 Gegenständen der Serie A weiss er 17 zu finden. Gegen früher ergibt sich ein principieller Unterschied insofern, als er jetzt zwischen „das weiss ich nicht“ und „das sehe ich nicht“ resp. „finde ich nicht“ unterscheidet; in letzterem Falle sucht er weiter und findet das Bild dann richtig, ohne dass die Aufgabe wiederholt wird; im anderen sucht er überhaupt nicht und die Wiederholung der Aufgabe führt ihn dann höchstens zu der stereotypen Erklärung: „Wenn ich es einmal nicht weiss, dann weiss ich's nicht.“ Die Aufgabe scheint ihm ganz fremd zu klingen. Dagegen gelang es 2 Mal, ihn durch das Vormachen von Thierlauten zum Zeigen der entsprechenden Thierbilder zu veranlassen, die er auf Nennung des Namens nicht zu zeigen gewusst hatte. 3 Mal kam es auch in dieser Reihe vor, dass er das Wort in

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fragendem Tone richtig wiederholte und den Gegenstand gleichwohl nicht zeigen konnte, resp. das Wort nicht zu verstehen behauptete; 2 Mal wiederholte er das Aufgabewort paraphasisch entstellt. In der ganzen Reihe zeigt er nur 1 Mal ein falsches Bild; die Fragestellung unter Verwendung der von ihm (kurz vorher) gebrauchten Umschreibungen bessert die Resultate nicht.

XII. Verständniss der Conversationssprache.

Eine zahlenmässige Feststellung der Verhältnisse war schon mit Rücksicht auf die ausserordentlich hochgradigen Schwankungen ausgeschlossen. 3 Momente hatten nachweislich keinen Einfluss auf das Sprachverständniss:

1. Der Tonfall, resp. die Gesammtsituation, in der er angesprochen wurde.

2. Das Thema, das einmal angeregt war, und auf dessen Weiterspinnung er rechnete.

3. Einzelne Worte, die er erkannte.

Wirkten alle 3 in gleichem Sinne, so ging gelegentlich die Conversation eine Zeit lang ziemlich glatt; er wusste, wie oben (sub VIII) angeführt, z. B. über seine Methode des Schiessens und Wilderns, seine Erwerbsverhältnisse, auch über eine Erkältung auf der letzten „Jagd“ zu erzählen. Stellte man aber plötzlich eine ganz andere Frage, so erzählte er auf diese weiter, als ob man eben nach einem Détail zum bisherigen Thema gefragt hätte; es gelang nie, auf Fragen eine brauchbare Anamnese zu extrahiren, trotzdem er das eine oder andere Détail bei irgend einer Gelegenheit producirte; stellte man irgend eine Frage, in der das Wort Hasen oder Kaninchen vorkam, so reagirte er zumeist mit Betheuerungen, er werde es gewiss nicht mehr thun, auch, wenn man ihn z. B. fragte, ob er heute Morgen die Kaninchen habe fliegen sehen. Dass er in diesen Fällen z. B. das Wort „Kaninchen“ aufgefasst, musste aus der Häufigkeit des Zusammentreffens geschlossen werden, und aus den immerhin nicht ganz seltenen Fällen, in denen er, ohne die ganze Frage aufzufassen, doch Antworten gab, die mit Sicherheit an ein bestimmtes, nicht gerade dem Prädilectionsgebiete zugehöriges Wort aus der Frage anschlossen. Nicht ganz selten rieth er aber ganz einfach, so konnte es vorkommen, dass er bei der Visite gefragt: Nun W., wie war eigentlich die Geschichte mit den blauen Kühen antwortet: „Ich will es nicht mehr thún“.

Wie gering sein wirkliches Sprachverständniss war, sobald es sich nicht mehr um die Auffassung von Einzelworten handelte, die (s. XI) auch schon recht schwer geschädigt war, ergiebt sich daraus, dass er in ungezählten Versuchen nie auch nur durch Lachen oder Unwillen zu erkennen gab, dass ihm das Unsinnige in Fragen, wie die eben gestellte, zum Bewusstsein gekommen war; die Frage, ob er einmal gewärmten Schnee gegessen, einen Hund habe fliegen sehen, beantwortet er nicht anders, als Fragen nach seinem Befinden; am häufigsten zieht er sich allerdings — auch bei ganz einfachen Fragen — mit allgemeinen Phrasen: das kann sein, das stimmt, oder davon verstehe ich nichts, das habe ich nicht gelernt, nie gesehen, aus der Affaire. Am

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

besten — aber auch nicht immer — versteht er noch die Frage, ob er Geld oder Cigarren haben wolle. Ueber das Verständniss für Zahlworte s. u. (sub XV). Fragen über Abstracta ergeben kein besseres Resultat; die von Rieger benutzten (ob die schlechten Menschen in den Himmel kämen) und ähnliche werden gleich anderen beantwortet; und das gleiche ergiebt sich bei affectiv betonten (ob er ein dummer Kerl sei); auch die Frage, ob der Professor besonders dumm sei, beantwortet er ohne Besinnen: „Das kann wohl sein".

XIII. Identification nichtsprachlicher Gehörseindrücke. Melodien.

Sub X sind einige Beispiele angeführt, in denen er nichtsprachliche Gehörseindrücke richtig bezeichnet und damit ihre Identification bewiesen hatte; hierher gehören auch die beiden Fälle sub XI: Zeigen der entsprechenden Thiere auf Miauen resp. Bellen.

Die specielle Prüfung der Identification wird, um die Complication durch die Sprachstörung zu eliminiren, in folgender Weise vorgenommen: Dem Pat. werden die Augen zugehalten, mit einem der unten angeführten Gegenstände ein Geräusch gemacht; dann hat er nach Abnahme der Binde zu zeigen, womit das Geräusch gemacht ist. Die Methode gelingt zuerst nicht vollständig — es ist ihm mit Worten nicht begreiflich zu machen, was er thun soll. Nachdem einer der Assistenten sich der Prüfung hat unterziehen müssen, versteht er die Aufgabe, fügt aber, wie zur Entschuldigung seiner eigenen Missgriffe bei: „Ja, wenn's einer kennt, denn kennt er es".

Benutzt werden: Eine sehr schrille (auf dem Tisch postirte) electrische Klingel, eine tiefere „Kuhglocke" kleinen Formats, eine Kinderflöte mit verschiedenen Tönen, eine schrille Jahrmarktspfeife, eine Signalpfeife, eine Mundharmonica, ausserdem eine Reihe von Geräuschen mit Gebrauchsgegenständen u. dgl.

Bei der erwähnten Vordemonstration hat er Gelegenheit, alle die ungewöhnlicheren Töne erst zu hören.

Er erkennt regelmässig die Glocken als solche, verwechselt aber die beiden untereinander; ebenso erkennt er die Blasinstrumente als solche, verwechselt sie aber wieder untereinander, unterscheidet nicht einmal die mehrstimmig angeblasene Mundharmonica von den anderen; Anstreichen eines Streichholzes erkennt er regelmässig, aber nie das Schütteln einer Streichholzschachtel; Uhrticken erkennt er regelmässig, dagegen vermag er das knackende Geräusch beim Ausziehen eines Bandmaasses mit Feder davon nicht zu differenciren, auch nachdem man ihm dasselbe wiederholt bei offenen Augen vorgemacht hat; Auf- und Zumachen eines Schlosses, ebenso das Geräusch des geöffneten Brunnens erkennt er. Beim Angstgeschrei eines Huhnes spricht er von „Hasen oder Schafen", zeigt aber, nachdem man ihm das Huhn gezeigt hat, bei späteren Versuchen auf den Korb, in dem es versteckt ist. Das Manipuliren am Ofen erkennt er einmal richtig, später nicht wieder; Klopfen an der Thüre, an einem Glasschrank erkennt und localisirt er meist richtig, einmal auch das Auf-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

klappen auf den Tisch mit einer Latte. Regelmässig erkennt er auch das Geräusch eines auf den Tisch fallenden Geldstückes, scheint sogar meist zu unterscheiden, ob ein grosses oder kleines Geldstück benutzt ist; dagegen erkennt er Klappern mit einer Geldbörse, mit Schlüsseln und Fingerknipsen nicht, ebensowenig Knittern mit Papier und das Kratzen einer Feder über Papier, auch nachdem es ihm ausdrücklich vorgemacht (NB. ein Controllversuch am Ungebildeten hat ergeben, dass all' diese Schalleindrücke mühelos zu differenciren sind). Wenn er das Geräusch differencirt zu haben glaubte, zeigte er prompt und dann (abgesehen von den Verwechslungen der Glocken resp. Blasinstrumente oder Geldstücke untereinander) richtig; in den übrigen Fällen reagirte er mit „ich weiss nicht", selten und meist erst auf Drängen rathend mit einem falschen. Die sprachlichen Commentare, die er unverlangt oft beifügte, gerieten einige Male in ähnlicher Weise wie sub X paraphasisch, auch wenn er dann richtig zeigte. (Schlüsseldrehen: Schlittschuh, zeigt +; Klingel: Pfeifen, zeigt Kuhglocke.)

Eine Reduction der Aufmerksamkeit auf die acustischen Eindrücke wurde bei diesen Prüfungen ebensowenig beobachtet als sonst; nachdem dem Kranken einmal die Aufgabe klar gemacht war, reagirte er auf jeden Einzelreiz ohne weiteres Fragen oder Anspornen, trotzdem ihm während jedes Einzelversuches jeweils die Augen mit einem Tuche verdeckt wurden, sodass also nur der acustische Reiz in Frage kam.

Die Prüfung mit Melodien hat wenig ergeben; ob Pat. früher lebhafteres Interesse daran gehabt hatte, ist nicht bekannt geworden.

Singen oder Pfeifen als solches erkannte er wohl; er begann dann wenigstens ziemlich regelmässig davon zu sprechen, dass er das früher wohl gethan, jetzt sei er zu alt dazu, das thäten jetzt seine Jungens.

Ob er irgend eine Melodie identificirte, blieb fraglich; von der vorgesungenen Nationalhymne singt er das Vorgesungene nach, sagt dann: weiter weis ich es nicht; der Text scheint richtig, ob er es früher besser konnte, bleibt zweifelhaft; bei einem Choral documentirt er kein Verständniss, singt auch nicht nach. Ein bekannter Gassenhauer bringt ihn zum Lachen; ob der Text oder die Melodie die Erkennung vermittelten, war nicht zu entscheiden; er singt den vorgesungenen Vers mit richtiger Melodie aber leicht paraphasischem Text.

Im Uebrigen ist er im Stande, nicht nur bekannte Melodien, sondern auch einfache Intervalle resp. gebrochene Accorde ziemlich gut nachzupfeifen und nachzusingen. Legt man diesen Tonfolgen einen „Text" unter, so geräth derselbe zumeist paraphasisch, auch wenn die Melodie richtig ausfällt; so wird aus „Heideridi": heipireki, aus „Kakadu" (im holl. gleichlautend): ikterop; nur tralala, trala erscheint wenigstens als tralalala wieder.

XIV. Nachsprechen.

Sub XI ist schon der Fälle gedacht, in denen der Kranke anlässlich der Aufgabe, genannte Gegenstände zu zeigen, fragend ein Wort wiederholte, zu dem er den entsprechenden Gegenstand nicht zu zeigen wusste (NB. nach

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem dort Ausgeführten nicht, weil er den Gegenstand nicht fand, sondern weil er das Wort nicht verstand).

Die gleichfalls sub XI erwähnten Fälle, in denen er das Wort beim Zeigen des Gegenstandes wiederholte, sind nur mit Vorbehalt hierher zu rechnen; meist dürfte es sich um ein Benennen gehandelt haben.

Die folgenden Angaben beziehen sich auf das reine Nachsprechen auf Geheiss. Wie weit bei positivem Ausfall der Prüfungen mit Worten dabei „über das Verständnis" nachgesprochen wurde, war nicht objectiv zu entscheiden, da Patient die vorgesprochenen Worte ohne Zusatz nachsprach, Tonfall und eventuell Gesichtsausdruck aber keine genügend objectiven Merkmale für die Unterscheidung zu liefern vermochten. Im Folgenden sind also alle Fälle als positiv gezählt, in denen der Klang des vorgesprochenen Wortes wiederholt wurde, NB. auch wenn dabei eine dialectische Umformung erfolgte; für das reine Nachsprechen von Worten sind die Zahlen also eher zu gross, als zu klein.

A. Nachsprechen geläufiger Worte.

Von 37 Worten, die er bei Prüfung der Serie C (s. sub IX) selbst gebraucht hatte, wiederholt er 11 richtig; in zweien dieser Fälle war es gelungen, ihn durch wiederholtes Vorsprechen zu einer richtigen Reaction zu veranlassen, nachdem er vorher mit „weiss ich nicht" reagirt hatte; meist blieb der im Ganzen unter den 37 Fällen 13 Mal gemachte wiederholte Versuch ebenso ergebnisslos als der erste.

Von 37 anderen Worten, die er in Serie A gebraucht, wiederholt er 9 richtig.

Von den 67 Concreten der früher verwandten Serie B (also Worten, die er selbst nicht vorher gebraucht) wiederholt er 7 richtig, davon zwei noch mit einem paraphasischen Affix. (NB. nicht dieselben richtig wie sub. IV B).

Von 15 Abstracten (auch einsilbigen) gelingt kein einziges.

Die Silbenzahl spielt bei der Auswahl der gelingenden keine sichtliche Rolle; unter den letztgenannten 7 gelungenen findet sich auch ein dreisilbiges; andererseits finden sich unter den misslungenen begreiflicherweise sehr viele einsilbige.

Die Art der gemachten Fehler entsprach im Wesentlichen den sub. IV geschilderten; die sinnlos entstellten paraphasischen Producte bildeten die Mehrzahl; halb gewollt erscheinende Umformungen (Plural, Deminutiv) fehlten fast ganz. Zuweilen machte sich Haftenbleiben NB. nie ganzer Worte, sondern einzelner Complexe von Buchstaben geltend. Die Ausführung von Détails muss mit Rücksichten auf die sprachlichen Differenzen unterbleiben.

Ein kurzer Versuch, dem Patienten seine paraphasischen Producte vorzusprechen, ergab das erwartete Resultat: sie wurden wieder paraphasisch weiter verändert reproducirt.

B. Nachsprechen einzelner Buchstaben.

Beim Nachsprechen von Vocalen machte sich die Neigung, Zusätze anzubringen, stark geltend; sie kamen fast nie isolirt zu Tage; gelegentlich kamen

Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

dabei wirkliche Worte zum Vorschein: so wurde das a auch jetzt wiederholt aap (Affe), aus u (holl: oe) einmal Kukuk (Koekoek); nicht immer kam auch nur der verlangte Vocal in diesen Zusammensetzungen vor: mit Sicherheit gelang dies allerdings dann, wenn man den Kranken veranlasste, den Mund des Vorsprechenden anzusehen; bei complicirteren Bildungen, schon Combinationen weniger Buchstaben versagte das Mittel. Schon bei den Vocalen kam es vor, dass der Kranke statt der verlangten Reaction erklärte, das „kenne er nicht", auch das „könne er nicht sagen".

Die Resultate mit Consonanten waren noch schlechter; zum Theil schien er zu rathen, producirte aber, wenn auch falsche, doch zuweilen einzelne Buchstaben (m statt r, f statt s), in anderen Fällen aber Worte, für die zum Theil der beigefügte Vocal (h = aaps [Jarg.]), bald der Consonant maassgebend waren; dieser stand dann bald am Anfang (W: wissel [Wechsel]), bald am Ende: (T: Piet), bald in der Mitte (R: erm).

C. Nachsprechen von fremden Buchstabencombinationen.

Namentlich bei den ersten Prüfungen kam es jetzt sehr häufig vor, dass der Kranke sich weigerte, sinnlose Buchstabencombinationen, resp. für ihn gleichwerthige Fremdworte nachzusprechen; seine Versicherungen, das kenne er nicht, so etwas habe er nie gesprochen, erfolgen bei dieser Gelegenheit eindringlicher und noch häufiger als beim Nachsprechen von geläufigen Worten. Es bedarf öfter der Lockung durch eine Cigarre oder dergleichen, um ihn zu einem Versuche zu ermuthigen; auch dann geschieht es noch, dass er meint, „ja wenn er nur könnte, dann würde er es gerne sagen." Manchmal scheint er überhaupt nur auf gut Glück etwas zu produciren, leitet das dann auch entsprechend ein: „Na dann also." Zum Theil ergaben sich thatsächlich auch Resultate, die jede erkennbare Beziehung zum Vorgesprochenen vermissen liessen; meist war aber irgend ein Element aus dem Reizwort doch wiederzuerkennen; je länger, resp. complicirter das Reizwort war, desto schlechter das Resultat, resp. desto geringer die Congruenzen; auch die Silbenzahl wurde sehr häufig nicht festgehalten; meist misslangen auch einsilbige Combinationen. Umformung im Sinne wirklich existirender Worte wurde nur ganz ausnahmsweise beobachtet; dabei musste es noch dahingestellt bleiben, ob diese dem Kranken als bekannt anklangen.

α,	allema.
β,	petuma.
γ,	postamat.
δ,	pertemada.

---

kaka,	kaijo.
habe,	pepil.
pabe,	papines.
pipo,	pipa.
poeto,	oelsja, oelsjema.
lera,	leram, lerun.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tupo,	tupma, tuba.
keli,	beelja.
acidum,	astémia.
anilin,	animian.
kakodyl,	kastemyol, kastemeryalal.
Zoologie,	ozomera.
Anthropologie	achtiepolie, alliepalie.

Ueber das Nachsingen resp. Nachpfeifen s. sub XIII, über Nachsprechen von Zahlen sub XVI.

XV. Aufgabe ein Wort nachzusprechen, während er den Gegenstand sieht.

Die Aufgabe (s. oben sub V) wird mit den 51 Gegenständen der Serie A gestellt. 20 Mal erfolgt eine richtige Reaction (NB. wieder nicht nur bei denen, die sub IX richtig genannt werden); 18 Mal erfolgen Umschreibungen der Art, wie sie sub V geschildert sind; der Rest entfällt auf ausweichende Reactionen (weiss ich nicht) und einige ganz unverständliche Paraphasien.

Hier sind einige nahe verwandte Beobachtungen anzureihen.

Es wird vor Patient gepfiffen, er bezeichnet es richtig als Pfeifen (fluiten); aufgefordert „fluiten“ zu sagen, erklärt er, das nicht zu kennen, das unmittelbar darauf wiederholte Pfeifen wird ohne Weiteres wieder richtig bezeichnet; das gleiche Resultat bei mehrfacher Wiederholung und ebenso mit „Singen“; zuletzt gelingt es, ihn zum „Nachsprechen“ zu veranlassen, wenn derjenige der Untersucher, der gesungen hat, die Aufforderung ausspricht; er versagt aber weiter, wenn sie von einem Dritten ausgeht.

Ebenso bezeichnet er in mehrmaliger Wiederholung die Thätigkeit des protokollirenden Assistenten richtig: „der schreibt“, kann aber das Wort „schreibt“ nicht nachsprechen.

Der Versuch, ihn zum Aufsagen der Monatsnamen zu veranlassen, löst nur einige paraphasische Producte aus (Januari, Februari: Jomijo und Picinejo); es gelingt, die Reihe zu bekommen, indem man dem Patienten (der NB. nicht lesen kann) einen Taschenkalender vorhält und auf die Monatsnamen weist; der unmittelbar angeschlossene Versuch, ihn nun die Monatsnamen nachsprechen zu lassen, misslingt; der Versuch, dabei durch succevises Ausstrecken der einzelnen Finger nachzuhelfen, löst die Zahlenreihe aus. Sobald ihm der Taschenkalender vorgehalten wird, sagt er wieder die Monatsnamen.

Die Namen seiner 4 Söhne weiss er auf Befragen, wenn er die Frage einmal auffasst, zu sagen; unmittelbar darauf aufgefordert, zwei vorgesprochene davon zu wiederholen, erklärt er, derartige Worte habe er nie gehört.

Eine Aehre kann er nicht bezeichnen, nennt aber mehrere Getreidearten; die Namen derselben kann er nachher nicht nachsprechen und erklärt die Worte als fremd. Dass er ein Wort bei den speciellen Untersuchungen oder in der Unterhaltung eben gebraucht hatte, gleich darauf aber, wenn es vorgesprochen

Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

wurde, nicht wiederhole konnte und als ganz fremd bezeichnete, wurde immer wieder festgestellt.

Die Resultate bezüglich der einzelnen Worte waren auch hier bei zeitlich auseinanderliegenden Untersuchungen nicht constant. Dass er das Wort „pfeifen" verstand, wurde später wiederholt festgestellt, ebenso wusste er auch die Namen der Söhne hie und da wieder zu identificiren; was er so verstanden hatte, wusste er dann zumeist auch nachzusprechen resp. in seiner Antwort zu gebrauchen; die Prüfung des „reinen Nachsprechens" eines Wortes scheiterte oft daran, dass ihm die Aufgabe nicht stets ohne Weiteres deutlich zu machen war; hatte man ihm unter Benutzung von Gesten — oder auch durch Vornahme eines analogen Versuches mit einem Dritten — klar gemacht, dass Nachsprechübungen gemacht werden sollten, so gab er sich immer Mühe, nachzusprechen; in der Unterhaltung gelang dies nicht ohne weiteres; es kam vor, dass er auf wiederholte und eindringliche Aufforderung, nachzusprechen, versicherte, „er wolle es gewiss nicht wieder thun". Im Uebrigen gelangen die speciellen Versuche alle besser im Laboratorium, wo er untersucht zu werden, gewohnt war, als bei der Visite, wo er mehr auf Unterhaltung „eingestellt" war. Angefügt sei hier aber, dass er auf der Abtheilung stets mit Sicherheit reagirte, wenn über eine Reihe von Kranken weg mit mässiger Stimme sein Name gerufen wurde, auch wenn er vom Rufenden abgewandt zum Fenster hinaus sah oder sich beschäftigte.

XVI. Lesen, Schreiben, Rechnen.

Patient konnte, wie schon angegeben, weder lesen noch schreiben. Es wurde jetzt aber festgestellt, dass er seinen Namen „malen" konnte; diesen las er auch richtig; einigermaassen ähnlich lautende Wörter las er — wenn auch zweifelnd — ebenso als seinen Namen.

Das Abschreiben lateinischer Schrift ging so gewandt, dass zunächst die (später durch sichere Mittheilung wiederlegte) Vermuthung auftauchte, er habe vielleicht doch früher schreiben gelernt; mit gleicher Geschicklichkeit „schrieb" er aber auch griechische Vorlagen ab; erst als ihm complicirtere deutsche Buchstaben vorgeschrieben wurden, scheiterte er; das Nachzeichnen einfacher geometrischer Figuren gelang gut.

Im Laufe der Untersuchungen stellte sich auch heraus, dass er Zahlen lesen konnte.

Vorgelegte ein- und zweistellige Zahlen las er fast ausnahmslos richtig laut vor; drei- und mehrstellige gelangen nicht mehr; er wusste nur, dass das „hoch hinaufging"; auch die Jahrzahl schien ihm fremd; er verstand auch den Werth der gelesenen Zahlen (s. u.).

Die Zahlworte standen ihm wahlweise fast fehlerlos zur Verfügung: er bewies dies einmal bei den Rechenversuchen (s. u.) am sichersten beim Zusammenzählen einer grösseren Zahleinheit. Liess man ihn einen Haufen (bis 45) Zündhölzer abzählen, so nahm er gleich jedem Gesunden und keineswegs langsamer Päckchen von einigen Stück, wie sie ihm gerade in die Hand kamen, und zählte so, stets die Zwischensumme vor sich hin ausspre-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

chend, die Gesammtsumme ab; ebenso zählt er wieder davon eine bestimmte Summe ab, sobald ihm die Aufgabe (s. u.) begreiflich gemacht ist. Auch die Uhr liest er fast ausnahmslos correct und in den üblichen Ausdrücken (viertel über acht, $^1/_4$ vor 4 Uhr, $^1/_2$5, 10 Minuten vor 6 Uhr, gerade 6 Uhr, noch nicht ganz $^1/_2$ (NB. 4 Minuten vor $^1/_2$1) ab; zuweilen kommt zuerst eine falsche Antwort, die er aber dann corrigirt.

Das Verständniss für niedere Zahlwörter ist ungefähr conform dem für Worte anderen Inhalts; manchmal kommt es vor, dass er sie versteht, dann auch eine entsprechende Zahl Einheiten producirt; die meisten versteht er sicher nicht und es muss fraglich bleiben, ob er sie überhaupt als Zahlwörter versteht. Höhere (über 20 und vielsilbige) versteht er nie. Auch bei diesen kommt es vor, dass er das Wort fragend nachspricht, ohne es zu verstehen. (Geben Sie 13 Cent! 13? 13, 13, 13, das weiss ich nicht. 13 Cent vorgelegt, bezeichnet er sofort correct. Die unmittelbar wiederholte Aufgabe, 13 zu geben, bleibt wieder unverstanden). Das Nachsprechen von Zahlen auf Geheiss gelingt zuweilen bei niederen, dann noch gelegentlich mit einem Zusatz (20 20mal); grössere Zahlen misslingen stets; die relativ beste derartige Leistung ist noch 29 : 39 mal; meist kommen dann wenigstens Zahlen zu Tage; zuweilen darin wieder ein Theil der Aufgabe erkennbar (25: nur eine 5), manchmal aber auch ohne jeden Zusammenhang (45: das ist 10); einmal wird aus 26: 2 × 6[1]), recht häufig kommt es aber, selbst bei kleinen Zahlen zu Paraphasien [zes (6): seldo]; aus drie en dertig (33): dat is't rytuig (das ist der Wagen); im Uebrigen sind die paraphasischen Producte sinnlos.

Das Rechenvermögen des Kranken liess sich auf zwei Wegen prüfen; zunächst war er im Stande, von kleinen untereinander geschriebenen Zifferreihen, die Summe anzugeben; so löste er z. B. 5 + 3 + 2 + 4, 6 + 5 + 2 + 3 correct, laut die Zwischenresultate aussprechend; bei grösseren Zahlen machte er Fehler, von denen unentschieden bleiben musste, ob sie auf Falschrechnen oder Paraphasie zurückzuführen waren; jedenfalls kam dabei keine litterale Paraphasie zu Stande; die Aufgabe, mehrstellige Zahlen schriftlich zu addiren, lehnte er ab: so etwas hätte er nie gelernt. Weiter war er im Stande, die Summe vorgelegter Münzen meist sogar recht rasch anzugeben (dass er die Namen der Münzen auffallend gut producirte, ist oben schon erwähnt). Da hier 1, 10 und 25 Cts.-Stücke im Verkehr sind, ausserdem im Volke vielfach die Rechnung nach Stübern (à 5 Ct.) üblich ist (analog der in Norddeutschland fortbestehenden Thaler- und Groschenrechnung), so ergaben sich immerhin recht zahlreiche Modificationen. Er bezeichnet die Summe bald in Centen, bald nach der Stüberrechnung, weiss sich dabei auch mit Bruchtheilen zu helfen (25 Ct.-Stück + 2 10 Ct.-Stücke + 4 cts.: 10 Stüber, weniger 1 Cent; darauf 2 Ct. zugefügt: nun 1 Ct. darüber). 4 25 Ct.-Stücke bezeichnet er ohne weiteres als 1 Gulden; zuweilen, wenn zahlreichere Stücke vorgelegt wurden, nannte er auch laut die Zwischenresultate. Zum Rechnenlassen

1) Wortklang und Wortfolge im Holländischen fast genau wie im Deutschen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aus dem Kopfe war nur eine Möglichkeit: er wusste ziemlich regelmässig die Summe seines Baarbesitzes in Stübern anzugeben. Die Fehler, die bei diesen Prüfungen vorkamen, waren viel seltener, als beim Zahlenaddiren.

Er wusste auch aus einem Häufchen vorgelegter Geldstücke eine bestimmte Summe abzuzählen; doch musste ihm die verlangte Zahl aufgeschrieben werden; nur ausnahmsweise konnte er eine gesagte Summe ohne Weiteres geben. Oefter konnte festgestellt werden, dass er eine schriftlich verlangte Summe richtig zusammenlegte und dann auf die mündlich wiederholte gleiche Aufgabe nicht zu reagiren wusste. Die vorgeschriebene Ziffer pflegte er zunächst laut abzulesen; es bestand keine Möglichkeit, ihn daran zu hindern und so immer festzustellen, ob er die Zahl unabhängig vom Lautlesen verstanden hatte; die Additionsexempel, bei denen er zwar die Zwischenresultate, aber nicht die Summanden aussprach, sprechen dafür; ferner wurde einmal beobachtet, dass er statt „12“ „20“ las, trotzdem aber richtig „12“ aufzählte. Zum Multipliziren war er nicht zu veranlassen; die mündlich gestellte Aufgabe verstand er nicht und die Bedeutung des geschriebenen Malzeichens schien ihm fremd; er las von aufgeschriebenen Multiplicationsaufgaben nur die Ziffern. Ob er überhaupt das Einmaleins schulmässig gelernt, musste zweifelhaft bleiben. Die Aufgaben ergaben aber die relativ besten Resultate bezüglich des Nachsprechens.

$3 \times 3 = ?$	3 Mal
$3 \times 6 = ?$	ist 6
$9 \times 9 = ?$	9×9 ist 18
$3 \times 4 = ?$	3×3 ? 4×4 ? $10 \times 10 = 20$
$2 \times 5 = ?$	ist 4
$3 \times 5 = ?$	ist 6
$2 \times 2 = ?$	2×3
$2 \times 2 = ?$	2×2
$2 \times 5 = ?$	2×5

XVII. Selbstwahrnehmung der Störung.

Während der ganzen Untersuchungen wurde ein einziges Mal eine Aeusserung von dem Patienten gehört, die darauf zu schliessen gestattete, dass er selbst eine Empfindung der Beeinträchtigung seines Ausdrucksvermögens hatte: er sollte durch Gesten veranlasst werden, selbst gewählte Bilder im Bilderbuche zu benennen (cf. erste Beob.); darauf erklärte er, ich weiss es, aber ich kann es nicht sagen; er kam der Aufforderung nicht nach. Im Uebrigen hat er sich nie darüber geäussert, dass er sprachlich behindert war — auch wenn er bei den Benennungsversuchen zu Umschreibungen oder zu einem „ich weiss nicht“ seine Zuflucht nehmen musste. Auf Fragen und Geberden gab er direct an, dass er gut sprechen könne, gerieth dann aber gewöhnlich auf sein Lieblingsthema: dass er kräftig genug zum Arbeiten wäre, Geld verdienen könne und entlassen werden wolle. Er schien auch mit seinen sprachlichen Leistungen im Allgemeinen nicht unzufrieden, abgesehen von den Resultaten des Nachsprechens; hier schien er aber die Schuld

Generated on 2019-02-17 16:27 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

eher auf die Aufgabe zu schieben geneigt. Er sprach nur einmal (s. o. sub V) spontan davon, gab sonst auf Befragen nie zu, dass er schlecht verstehe; die spontane Versicherung, dass er gut höre, kam schon vor der Ohruntersuchung wiederholt vor; wenn er trotzdem nicht verstand, so schien er wieder geneigt, die Worte anzuschuldigen; Aeusserungen wie: „das habe ich nie gehört", „solche Worte sind mir fremd", „solche Worte habe ich nie gesprochen" kamen bei den geläufigsten Worten ebenso vor, wie bei Fremdworten, immerhin, wie oben erwähnt, bei den Letzteren häufiger und regelmässiger; viel seltener, als bei einfachen Aufforderungen und kurzen Fragen, kamen in der Conversation derartige Aeusserungen vor, die wenigstens das Nichtverstehen (wenn auch nicht die Einsicht in den Grund derselben) ausdrückten. Hier kam es viel häufiger zu einem Rathen, wie es sich sonst bei sensorisch Aphasischen z. B. beim Zeigen von Bildern zu documentiren pflegt: er reagirte mit einer Antwort aus einem der Praedilectionsthemata oder machte mit einem „kann sein" oder „ich weiss es nicht" der ferneren Unterhaltung eine Ende.

Die hier wiedergegebene Krankengeschichte enthält die Ergebnisse zweier in ca. eineinhalbjährigem Intervalle vorgenommenen Untersuchungsreihen, einer ersten vom Juni/Juli 1904 (I.—V.), einer zweiten eingehenden vom December 1905 (VI.—XVI.). Ueber die zunächst zu besprechenden gegenseitigen Verhältnisse zwischen Wortfindung (beim Benennen von Gegenständen), Wortverständniss (beim Wählen von Gegenständen) und Nachsprechen gibt die nachfolgende zahlenmässige Zusammenstellung Auskunft[1]):

	Juni/Juli 1904	December 1905
Wortfindung	II. Ser. A $^{21}/_{51}$. B $^{29}/_{64}$	IX. Ser. C $^{20}/_{29}$. A $^{28}/_{51}$ D $^{50}/_{150}$
Wortverständniss	III. A $^{10}/_{51}$. B $^{11}/_{60}$	XI. C $^{9}/_{29}$. A $^{17}/_{51}$
Nachsprechen selbstgebrauchter Worte	IV. (aus II.) $^{8}/_{36}$	XIV. aus IX. C $^{11}/_{37}$ aus IX. A $^{9}/_{37}$
Nachsprechen anderer Worte	IV. aus B $^{7}/_{67}$	XIV. aus B $^{7}/_{67}$
Nachsprechen mit opt. Hilfe	V. B $^{30}/_{66}$	XV. A $^{20}/_{51}$ [2])

1) In den Brüchen steht die Gesammtzahl der Aufgaben als Nenner, die Zahl der richtigen Reactionen als Zähler.

2) Anmerkung bei der Correctur: Der Zustand des — auch jetzt noch sehr rüstigen — Kranken hat sich in den folgenden $1^1/_2$ Jahren nicht verändert. Eine Nachprüfung im August 1907 ergab
Wortfindung A $^{18}/_{50}$,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ich darf zur Rechtfertigung dieser zahlenmässigen Darstellung vielleicht bemerken, dass ich sie keineswegs für eine ideale halte, trotz der Praetension der Exactheit, mit der Zahlenangaben im Allgemeinen aufzutreten pflegen (ich habe deshalb von der Ausrechnung von Procentzahlen absichtlich Abstand genommen); ideal wäre die wirkliche Wiedergabe der gesammten Untersuchungsprotokolle; dieselbe wird zumeist aus Gründen der Platzersparniss unmöglich sein; auch wo sie gestattet wird, erfordern aber dann so umfangreiche Untersuchungen, wie sie dieser Darstellung zu Grunde liegen, noch eine Zusammenfassung und dann scheinen mir allerdings die Zahlen, namentlich wo es sich um den Vergleich verschiedener Leistungen handelt, immer noch einen besseren Ausdruck der Verhältnisse zu ermöglichen als die Schätzung: ziemlich erhalten, oft fehlend, fast ganz aufgehoben u. ä. Die Resultate der Zählung fallen, wie ich mich überzeugen konnte, doch nicht immer ganz zusammen mit dem „Eindruck", den man während der Untersuchung oder beim blossen Ueberlesen der Protokolle gewinnt. So schützt sie auch vor falschen Auffassungen, wie sie sonst auf Grund überwerthiger Ideen leicht einmal zu Stande kommen könnten; dass für die Entscheidung der meisten Fragen auf dem Gebiete der Aphasie nur genau protokollirte Befunde zu verwerthen sind, bedarf keiner weiteren Ausführung.

Aus dem Tabellchen ergibt sich, dass von den zahlenmässig zu beurtheilenden Leistungen die Wortfindung (geprüft durch das Benennenlassen von Objecten resp. Bildern) relativ am wenigsten gelitten hat. Der Vergleich der Resultate im Sommer 1904 und Winter 1905 ergibt weiter, dass in dieser Beziehung eine, wenn auch nicht erhebliche Besserung eingetreten wäre (Prüfung mit Serie A). Je grösser die Zahl der gestellten Aufgaben wird, desto mehr sinkt relativ die Zahl der richtigen Reactionen (schon deshalb würden Procentzahlen durchaus falsche Bilder geben). Die Differenz beruht, wie früher schon

---

Wortverständniss $^{12}/_{60}$,
Nachsprechen selbstgebrauchter Worte $^{12}/_{60}$,
Nachsprechen anderer Worte (aus B) $^{9}/_{67}$,
Nachsprechen mit optischer Hülfe A $^{22}/_{50}$.

Die Zahlen entsprechen demnach etwa wieder denen bei der Untersuchung im Sommer 1904. Dagegen äussert er jetzt öfter anlässlich der Untersuchungen, dass ihm das Sprechen schwer falle und dass er deshalb auch, wenn er mit anderen zusammen sei, lieber „den Mund halte" (entsprechend der oben [S. 721]) geäusserten Vermuthung. Im Folgenden wäre demnach überall von einer 3jährigen statt $1^1/_2$jährigen „Stabilität" (in dem unten [S. 723] zu umschreibenden Sinne) zu sprechen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

angedeutet, vor Allem darauf, dass die längeren Reihen entsprechend mehr seltener vorkommende Bezeichnungen enthalten; dass nicht Ermüdung bei den langen Reihen verschlechternd wirkt, geht mit Sicherheit aus Folgendem hervor: die richtigen Resultate vertheilen sich auch in den langen Reihen ziemlich gleichmässig über die ganze Untersuchung; wurde an eine „schwere", schlecht gelöste Aufgabe unmittelbar wieder eine leichtere angeschlossen, so gelang sie; Ermüdungserscheinungen spielten bei dem Kranken überhaupt keine Rolle. Dass einfache und geläufige Bezeichnungen leichter gefunden werden, entspricht den gewöhnlichen Erfahrungen. In der Conversationssprache tritt eine Wortverarmung kaum zu Tage; der Kranke spricht aber, wenn nicht gerade eines seiner Lieblingsthemata angeregt ist, überhaupt wenig; von Logorrhoe keine Spur.

Stärker gestört war das reine Wortverständniss (geprüft durch die Aufgabe, genannte Gegenstände zu zeigen); auch hier ist während der $1^1/_2$ Jahre eine geringe Besserung (wieder mit Serie A) zahlenmässig festzustellen. Die Zahl der Gegenstände, die der Kranke auf Verlangen zeigen kann, ist aber erheblich kleiner, als die Zahl derer, die er richtig benennt; unter den richtig gezeigten finden sich trotzdem immerhin ausnahmsweise einige, die er nicht benannt hatte. Die positiven Resultate betreffen weder beim Zeigen, noch beim Benennen in verschiedenen zeitlich getrennten Untersuchungen immer die gleichen Aufgaben.

Das Satzsinnverständniss ist unter XII eingehend dargestellt; es ist hier noch schlechter, als man nach Maassgabe des Wortsinnverständnisses vielleicht erwartet hätte (analog wie in Beob. I); ich wiederhole, dass Patient sich ausnahmslos auch die unsinnigsten Fragen und Behauptungen gefallen liess, ohne zu widersprechen; abstracte und affectiv betonte Themata waren nicht begünstigt.

Am schwersten war das Nachsprechen geschädigt. Schon das Nachsprechen von Worten, die er selbst kurz vorher gebraucht hatte, gelang in allen Untersuchungen nur etwa in $^1/_4$ der Fälle; eine Besserung der Resultate von 1904 bis 1905 ist nicht erkennbar. Noch schlechter sind die Resultate mit Worten, die er der Mehrzahl nach vorher nicht selbst gebraucht; ganz übereinstimmend (NB. bezüglich der Zahl, nicht bezüglich der einzelnen Worte!) ergibt sich in $1^1/_2$jährigem Zwischenraum ein positives Resultat nur etwa in $^1/_{10}$ der Fälle. Eine Besserung der Resultate, wenn man den Patienten zugleich die Gegenstände ansehen lässt, tritt gegenüber dem einfachen Benennen nicht ein. Bei der früheren Untersuchung spricht er ebenso oft gut nach, als er die Gegenstände zu bezeichnen verstanden hatte; bei der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

späteren gibt Nachsprechen und Sehen sogar noch etwas schlechtere Resultate, als das reine Bezeichnen; man wird wohl mit der Annahme nicht fehlgehen, dass er bei der ersten derartigen Prüfung mehr auf das Bezeichnen, bei der zweiten mehr auf das Nachsprechen eingestellt war. Dass auch beim Nachsprechen die „Geläufigkeit" des verlangten Wortes (zunächst abgesehen davon, ob er es, sei es dem Laute, sei es dem Sinne nach, auffasste) eine Rolle spielte, ergiebt die Differenz der Resultate, je nachdem man Worte wählte, die er gebraucht hatte oder andere. Wie weit er die Worte dem Sinne nach beim Nachsprechen erkannte, war bei der Art seiner Reaction kaum zu entscheiden; die „Commentare", wie sie Patient I geliefert hatte, ebenso die ideenflüchtigen verbal-paraphasischen Producte beim Nachsprechen fehlten fast durchgehends. Kleine Modificationen der Worte (Deminutivform, die im Holländischen ohnedies in der Umgangssprache sehr gebräuchlich ist, u. ä.) beim Nachsprechen beweisen noch nicht ohne Weiteres das Sinnverständniss. Eine Ausnahme machten nur die — auch sonst, vor Allem bezüglich der Wortfindung begünstigten — Zahlwörter. Hier kam es auch gelegentlich zu derartigen Umformungen (andere Zahlwörter statt der verlangten, statt 3×4: 3×3, 4×4 u. ä.); sie wurden überhaupt etwas besser nachgesprochen; doch kamen neben derartigen Paraphasien auch litteral-paraphasische Entstellungen der Zahlwörter vor.

Den deutlichsten Ausdruck findet die Bedeutung der Geläufigkeit in der in beiden Untersuchungsreihen constatirten absoluten Unfähigkeit des Patienten, Abstracte nachzusprechen; auch einsilbige gelangen nicht; da aber auch von den geläufigeren Worten die einsilbigen keineswegs immer gut gesprochen werden konnten, muss gefolgert werden, dass entweder der Kranke thatsächlich nicht einfach mechanisch nachsprach, oder dass auch diese Function beeinträchtigt war.

Im letzteren Sinne spricht auch das schlechte Resultat beim Nachsprechen von sinnlosen Buchstabencombinationen resp. Fremdworten, ja schon von Einzelbuchstaben; bei den letzteren ergaben sich ausnahmsweise sinnvolle Entstellungen. Patient bildet ein paar Mal Worte, in denen der vorgesprochene Buchstabe vorkommt. Im Uebrigen ergeben sich auch schon mit ganz kurzen, noch mehr mit etwas längeren Fremdworten sinnlose Entstellungen. Im Gegensatze zu dem Verhalten der ersten Kranken, das ja mit dem hier beschriebenen neben zahlreichen Abweichungen doch auch einige Uebereinstimmung bezüglich des Nachsprechens zeigt, erfolgt aber auch das Nachsprechen ungewohnter Klänge ohne den Anschein einer motorischen Behinderung.

Für die Frage, wie weit die Wortklangauffassung bei dem Patienten möglich war, ist es zunächst wichtig, dass er ganz wie die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erste Kranke beim Nachsprechen von Fremdworten und sinnlosen Combinationen die meisten Schwierigkeiten machte und immer wieder gegen diese „ihm fremden" Worte protestirte. Ein gewisses Verständniss für die Fremdartigkeit des Klanges (der Sinn kommt hier nicht mehr in Betracht) muss also bei dem Kranken immerhin vorhanden gewesen sein und zwar schon zur Zeit der ersten Untersuchungen. Beim Nachsprechen von bekannten Worten waren derartige Proteste seltener; sie kamen aber immerhin noch häufig genug vor; selbst bei Worten, die ihm so geläufig waren, wie die seiner Söhne, die er selbst immer wieder gebrauchte und NB. zu anderen Zeiten auch einmal selbst dem Sinne nach verstand, konnte es geschehen, dass er nachdrücklich versicherte, solche Worte habe er nie gesprochen — unter Umständen wenige Secunden, nachdem er sie gebraucht hatte. Daneben aber finden sich Fälle, in denen zwar das Wortsinnverständniss fehlte aber doch das Lautverständniss soweit erhalten war, dass das Wort als bekannter Complex anklingen konnte; ich glaube wenigstens, dass hierher die ausdrücklich erwähnten Fälle gerechnet werden dürfen, in denen Patient beim Gegenständezeigen und bei den Rechenaufgaben das Aufgabewort richtig in fragendem Tone wiederholte, ohne die Lösung gleichwohl zu finden; Aeusserungen, welche die richtige Erkennung des Wortklanges als solchen positiv bestätigt hätten, wie sie u. a. bei Pick[1]) citirt sind, konnten allerdings nicht constatirt werden.

Ueber die Art der vorgekommenen Fehlreactionen ist bei den einzelnen Untersuchungen berichtet. Paraphasische Wortentstellungen ergaben sich vorwiegend beim Nachsprechen; man hätte erwarten sollen, dass die Art dieser Paraphasien hier, wo es sich offensichtlich auch um eine Störung auf receptivem Gebiete handelte, einige principielle Verschiedenheit gegenüber dem ersten Falle mit der vorwiegenden Störung der Uebertragung zeigen würde. Eine Differenz ergab sich, wie erwähnt, allerdings insofern, als so wenig wie in der Beob. II die Mitbewegungen u. s. w. beim Nachsprechen auftraten, die der Störung des Nachsprechens in Beob. I ein gewisses „motorisches Gepräge" aufdrückten. Dagegen ist es mir nicht gelungen, durchgehende Differenzen bezüglich der gebildeten paraphasischen Producte festzustellen; ich glaube nicht, dass sie thatsächlich ganz fehlen; aber ihre Feststellung scheitert zunächst noch an den Eingangs (S. 268) erörterten Schwierigkeiten. Nur ganz vereinzelt fanden sich Fehler, die vielleicht auf principielle Bedeutung Anspruch erheben dürfen, gerade mit Rücksicht auf die übrigen Eigenthümlichkeiten des Falles: diejenigen nämlich,

1) Pick, Beiträge. l. c. S. 19.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die direct den Eindruck des „Verhörens“ machten; eines der typischsten (drie en dertig [33]: dat is't rytmig, [das ist der Wagen]) ist oben angeführt. In der Spontansprache fehlten die paraphasischen Wortentstellungen fast ganz; das Gleiche lässt sich öfter auch für die geläufigen Fälle der sensorischen Aphasie feststellen; diese Kranken sprechen dann aber gewöhnlich mit viel reducirterem Wortschatze, als der letztbeschriebene Patient, verfügen zum Mindesten gewöhnlich nur über die kleinen Satztheile, die zum Zustandekommen oder Deutlichwerden litteraler Paraphasie weniger Gelegenheit geben; wo sich sensorisch Aphasische nicht mit den bekannten Combinationen der kleinen Redeglieder begnügen (wie in Beob. II), produciren sie auch in der Spontansprache litterale Paraphasien. Eine auffallende Differenz gegenüber geläufigen Bildern lässt sich erst bei den Benennungsversuchen feststellen; hier pflegen sensorisch-Aphasische gewöhnlich sehr typische und reichliche paraphasische Wortverunstaltungen zu produciren. In unserem Falle fehlen sie auch bei dieser Gelegenheit schon in den Prüfungen aus dem Jahre 1904 und ebenso später fast völlig. Etwas häufiger findet sich verbale Paraphasie beim Benennen, immerhin meist noch in der leichteren Form der „Entgleisung in benachbarte Gebiete“; damit hängt es wohl auch zusammen, dass Haftenbleiben fast nie beobachtet wurde; es macht sich deutlicher erst wieder beim Nachsprechen und auch hier wieder in Form litteral-paraphasischer Entstellung geltend (ausserdem noch bezeichnenderweise etwas bei der doppelt schwierigen Aufgabe des Benennens von Geräuschen). Auch bei der Aufgabe, genannte Gegenstände zu zeigen, kam es trotz der geringen Zahl der Treffer nur sehr selten zu eigentlichen Fehlern, d. h. zum Zeigen von falschen Gegenständen (in der letzten Untersuchung unter 51 Aufgaben ein Mal bei nur 17 Treffern); meist reagirte er mit „ich weiss nicht“. Auch hier pflegen Fehlreactionen bei sensorisch Aphasischen recht häufig zu sein; selbst dann, wenn sie recht ausgeprägte Krankheitseinsicht haben, documentiren sie meist eine merkwürdige Neigung zum rathenden Zugreifen, vielleicht deshalb, weil, nach meiner Erfahrung wenigstens, die Krankheitseinsicht sich doch meist mehr auf die expressiven Schwierigkeiten, die Behinderung der Wortfindung, als auf die Beeinträchtigung des Sprachverständnisses bezieht. Auch die zahlreicheren Paraphasien des Kranken IV beim Nachsprechen sind übrigens genetisch nicht ohne Weiteres den paraphasischen Producten gleichzusetzen, die schwerer sensorisch-Aphasische sonst widerspruchslos produciren und die auch der Kranke II lieferte; sie sind in gewissem Sinne Kunstproducte und müssen, wie in Beob. I, erst durch besonderes Zureden und Lockmittel ausgelöst werden, während der Kranke

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu allen anderen Untersuchungen stets ohne Weiteres bereit war; primär erfolgte auch bei den Nachsprechaufgaben eine Aeusserung des Nichtkönnens.

Theoretisch beachtenswerth erscheint es immerhin, dass er bei dieser Aufgabe doch noch zum „Rathen" zu bewegen ist, während er das Gleiche beim Lesen von Buchstaben ablehnt; das Gefühl des Nichtkönnens scheint also hier zum Mindestens sicherer angesichts einer Kenntnisslücke als gegenüber einem erworbenen Defect; thatsächlich erinnere ich mich nicht, Kranke mit Alexie gesehen zu haben, deren Verhalten dem von Analphabeten entsprochen hätte, sie „lesen" immer etwas.

Die relative Spärlichkeit der Falschreactionen, die Häufigkeit der Constatirung, „das könne er nicht", erscheint einigermaassen auffallend angesichts der Feststellung, dass eine eigentliche Krankheitseinsicht bei dem Patienten nicht bestand. Ich habe oben (sub XVI) zusammengestellt, was der Kranke im Laufe der Untersuchung darüber hatte verlauten lassen: der Unterschied gegenüber der sehr einsichtigen Patientin I, auch noch gegenüber dem Patienten III ist in die Augen fallend; trotzdem unterscheidet der Kranke sich doch noch von dem ganz einsichtslosen Patienten II. Man kann die Differenz vielleicht dahin formuliren, dass er sich von dem letzteren insofern unterschied, als er immerhin fühlte, dass etwas nicht in Ordnung war, von den beiden anderen insofern, als er nicht zu beurtheilen im Stande war, woher die Schwierigkeit kam, dass er sie fälschlich nach aussen, in die gestellte Aufgabe, projicirte. Letzteres trifft wenigstens für die Störung des Sprachverständnisses und des Nachsprechens zu und wäre nach der Art, wie er die unverstandenen Worte nach seinen häufigen Behauptungen grossentheils gehört haben muss, verständlich: er hörte fremde Klangbilder. Aber auch wenn man sich mit dieser Auffassung zufrieden geben wollte, bliebe noch unerklärt, warum ihm die Beeinträchtigung der Wortfindung beim Benennen nicht deutlicher zum Bewusstsein kam (ein einziges Mal wurde eine entsprechende Aeusserung constatirt), warum er in der Conversation ausser dem häufigen: „ich weiss nicht" und ähnlichen ausweichenden Antworten immerhin noch recht häufig rathend, die sinnlosesten Antworten producirte, die er bei den speciellen Untersuchungen zu vermeiden wusste, und warum ihm überhaupt die Einsicht in die Unmöglichkeit der geordneten sprachlichen Verständigung mit anderen fast ganz fehlte, zum Mindesten nie Anlass zum Klagen gab; dass er sie dunkel empfand, darf vielleicht daraus geschlossen werden, dass er sich von Verkehr und Unterhaltung mit anderen zurückzog.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ganz unzureichend wäre sicher die Auffassung, dass die fehlende, zum Mindesten unzureichende Einsicht für den Defect Folge von Demenz gewesen wäre: schon die Möglichkeit, die zahlreichen, langdauernden und zum Theil (cfr. die Identification von Geräuschen und die Zahlenversuche) nicht ganz einfachen Prüfungen vorzunehmen, beweist, dass ein irgend erheblicher Grad von Demenz nicht vorgelegen hat. Es scheint mir auch hier berechtigt, die unzureichende Einsicht als etwas essentiell zum Krankheitsbild Gehöriges und von der Localisation des Herdes resp. der Herde Abhängiges aufzufassen; ihrer Art nach — als Mittelform zwischen den Fällen vollkommen erhaltener und absolut fehlender Einsicht — scheint sie mir nicht ganz uninteressant.

Was die Gesammtauffassung des Zustandes anbetrifft, so läge es wohl am nächsten, ihn unter die Fälle subcorticaler sensorischer Aphasie zu rechnen, die trotz aller Differenzen über die anatomischen Grundlagen doch klinisch wohl ihre Existenzberechtigung erwiesen hat.

Schon mit Rücksicht auf die mögliche Annahme einer subcorticalen sensorischen Aphasie erschien eine genaue Hörprüfung angezeigt; sie wurde von competentester Seite vorgenommen und ergab eine lückenlose Tonreihe von D bis d^{VII} und bei dem 64jährigen Manne auch auf dem schlechteren linken Ohre nur eine für das Sprachverständniss überhaupt nicht in Betracht kommende Verkürzung der Hördauer[1]).

Die Vergleichung der Beobachtung mit dem geläufigen Bilde der subcorticalen sensorischen Aphasie ergiebt immerhin, dass die Einordnung schon klinisch erheblichen Bedenken begegnen muss. Zunächst fehlt eine Erscheinung, die die subcorticale sensorische Aphasie charakterisirt, die Unaufmerksamkeit auf Gehörseindrücke, die man vielleicht zweckmässig als acustische Unerweckbarkeit bezeichnen könnte. Sie wird in den literarischen Mittheilungen immer wieder betont und ich selbst habe mich neuerdings in einem hierhergehörigen Falle, der nach dem Ergebniss der Autopsie durch einseitige Affection bedingt war, wieder davon überzeugen können: der Kranke galt als durch einen Schlaganfall plötzlich ertaubt; entsprechende Prüfung erwies einwandsfrei, dass er hörte. Bei unserem Kranken ist zunächst diese Erweckbarkeit nicht nur für nichtsprachliche, sondern auch für sprachliche Schallreize gut. Ein Ausdruck seiner erhaltenen Hörfähigkeit, ebenso wie seiner guten Aufmerksamkeit für Gehörseindrücke ist seine Fähigkeit

1) Um einem immerhin möglichen Verdacht zu begegnen, erwähne ich ausdrücklich, dass die Aufgaben beim Nachsprechen, Zeigenlassen etc. durch gebeborene Holländer, gelegentlich sogar mit Nachahmung seines Dialectes gestellt wurden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nachzusingen (nicht nur Melodien, sondern auch nackte Intervalle) und nachzupfeifen; sie steht in auffallendem Gegensatze zu seinen äusserst mangelhaften Leistungen im Nachsprechen; combinirt lassen sich die beiden Functionen prüfen, wenn man den Kranken die Melodie auf einen Text nachsingen lässt; entsprechend dem Ergebniss der Einzelprüfung ergiebt sich dann, dass die Melodie correct, der Text paraphasisch verunstaltet zu Tage kommt, letzteres nicht nur dann, wenn er ad hoc neugebildet wird, sondern einmal auch beim Nachsingen eines dem Patienten sichtlich geläufigen Gassenhauers.

Noch ein zweites Moment widerspricht der Auffassung des Zustandes als subcorticale sensorische Aphasie, zum Mindesten einer subcorticalen im anatomischen Sinne. Man darf wohl als Charakteristicum der eigentlich subcorticalen, durch Unterbrechung compacter Projectionsbündel bedingten Aphasieformen eine gewisse Stabilität und Totalität der Symptome bezeichnen, wie sie ja auch schon Lichtheim als kennzeichnend für seine „isolirte Sprachtaubheit" angeführt. Eine Auswahl und ein Schwanken der Erscheinungen, das sich bei vorwiegender Schädigung von Associationsbahnen, auch bei Affection von Centren mit gleichzeitiger partieller Destruction[1]) der einstrahlenden Projectionsfaserung sehr wohl erklären lässt, erscheint bei einer anatomisch subcorticalen Läsion — immer die Richtigkeit der Grundanschauung über die Genese ausgeschlossen.

Die hier beschriebene Beobachtung entspricht nun zwar dem Postulate der Stabilität bezüglich des Gesammtbildes bis zu einem gewissen Grade: die Besserung, die in 1½jährigem Verlaufe eingetreten war, ist, wie die Zahlen ausweisen, sehr gering: sie betrifft zudem die

1) Würden bei totaler Zerstörung der Wernicke'schen Stelle alle für das Sprachverständniss in Betracht kommenden Projectionsfasern in toto zerstört, so könnte eine subcorticale Läsion, wie sie Liepmann in seinem Falle gefunden, gegenüber der corticalen sensorischen Aphasie zum Mindesten nie ein Plus an Erscheinungen hervorrufen. Thatsächlich scheint aber — abgesehen von dem Wegfall der Paraphasie — die subcorticale sensorische Aphasie sich durch die ganz absolute Aufhebung des Sprachverständnisses und des Nachsprechens zum Mindesten von der Mehrzahl auch frischer sonstiger sensorischer Aphasien zu unterscheiden. Es ergäbe sich daraus, dass bei der subcorticalen Form noch Bahnen zerstört werden, die ohne zur Wernicke'schen Stelle zu gelangen, doch für das Sprachverständniss und das Nachsprechen nützlich sein können. Diese Ueberlegung kann vielleicht auch bei der Beantwortung der Frage nach der Abgrenzung der Centren herangezogen werden; sie trifft auch für die motorische Aphasie zu. (Vergl. dazu v. Monakow, Gehirnpathologie, S. 913ff.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wortfindung mehr, als das Wortverständniss und das Nachsprechen überhaupt nicht; auch der Typus der Störung ist unverändert geblieben: in beiden Untersuchungsreihen ist die Wortfindung relativ am wenigsten, das Wortverständniss stärker und das Nachsprechen am erheblichsten gestört — die eben erwähnte Vertheilung der eingetretenen geringen Besserung machte sogar die Differenz noch etwas augenfälliger (cf. S. 715).

Dagegen fehlt die Totalität; nicht einmal das meistgeschädigte Nachsprechen ist absolut aufgehoben, noch weniger das Sprachverständniss. Auch die Stabilität bezieht sich nur auf das Gesammtbild: ich hatte an den verschiedensten Stellen der Krankengeschichte immer wieder darauf hingewiesen und wiederhole hier nochmals besonders, dass der Ausfall auch hier keineswegs immer constant die gleichen Worte betraf, dass Worte, die einmal nicht verstanden wurden oder nachgesprochen werden konnten, in einer späteren Untersuchung oder in derselben Untersuchung bald nachher verstanden oder nachgesprochen wurden, und dass es selbst, wenn auch selten, vorkam, dass Worte bei dem sonst meist begünstigten Benennen fehlten, die der Patient dann verstand. Ja sogar der Typus der Störung wird verlassen in denjenigen Fällen (sub XI und XV), in denen Patient Worte, deren Sinn ihm fremd bleibt, fragend nachspricht. Liepmann[1]) hält bei der Besprechung einer Beobachtung von Pick schon das einmalige Gelingen einer derartigen Leistung für hinreichend, die Zugehörigkeit des Falles zur subcorticalen sensorischen Aphasie abzulehnen. Hält man sich an diese strenge Forderung Liepmann's, so wäre in unserem Falle sogar eine Mitbetheiligung der für die subcorticale sensorische Aphasie maassgebenden Stelle ausgeschlossen: das Nachsprechen gelang ja, wie erwähnt, auch in anderen Proben auf Geheiss für Worte und Buchstaben; der Kranke verstand auch viel mehr, als im Sinne Liepmann's zulässig wäre[2]).

---

1) Liepmann, Ein Fall von reiner Sprachtaubheit. Psych. Abhandlg. Herausgeg. von Wernicke. 7/8. S. 50.

2) Erst nachdem das Obenstehende bereits niedergeschrieben war, erschienen — Duplicität der Fälle — zwei Mittheilungen, welche die geläufige Annahme von der obligaten Totalität der „reinen Sprachtaubheit" (zunächst als klinisches Bild) zu erschüttern geeignet sind. Henneberg beschreibt (Monatsschrift f. Psych. und Neurologie. Bd. XIX. S. 17 ff.) einen sehr interessanten Fall „unvollständiger reiner Worttaubheit" und Goldstein (Ein Beitrag zur Lehre von der Aphasie. Journal für Psychol. und Neurologie. Bd. VII. 173) berichtet über eine Beobachtung, die mit der hier beschriebenen eine weitgehende Uebereinstimmung zeigt. Goldstein ist geneigt, seinen Fall

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die strittige Frage der anatomischen Begründung der subcorticalen sensorischen Aphasie kann nur an der Hand anatomischer Befunde entschieden werden; die letzten Bemerkungen waren aber unerlässlich für die weitere Besprechung unseres Falles.

Das Plus an Symptomen, das er gegenüber dem klinischen Bilde der reinen Sprachtaubheit bot, die Schwierigkeiten in der Wortfindung beim Benennen und die Paraphasie, wie sie sich allerdings nur angedeutet in der Conversationssprache, etwas mehr beim Benennen, am intensivsten beim Nachsprechen documentirte, würden auf alle Fälle nöthigen, jedenfalls neben der subcorticalen Störung noch eine corticale zu postuliren; zum Mindesten müsste man, wie es Ziehl[1]) für seinen Fall annahm, eine Betheiligung sensorisch-motorischer Verbindungen annehmen; die wenn auch vereinzelten Fälle des fragenden Nachsprechens andererseits würden einer derartigen Läsion widersprechen, dagegen eine Schädigung „transcortical-sensorischer" Bahnen vermuthen lassen. Ich glaube mit Sicherheit lässt sich nur so viel annehmen, dass auch das corticale Sprachcentrum selbst (vielleicht in grösserem Umfange als es der Wernicke'schen Stelle entspricht) lädirt war.

Die geringe Restitutionsfähigkeit erfordert aber gerade dann eine besondere Erklärung, wenn man den Zustand als cortical bedingt auffasst; dass eine sensorische Aphasie nach mehr als zweijährigem[2]) Bestehen sich so wenig gebessert hat, ist durchaus ungewöhnlich, um so ungewöhnlicher, wenn die erhaltene Intelligenz des Kranken und die körperliche Rüstigkeit, die ihm die freie Bewegung unter anderen und damit die Gelegenheit zur Uebung schafft, an sich besonders günstige Bedingungen für die Restitution bieten würden. Da nach dem Vorgehenden eine totale subcorticale Unterbrechung nicht wohl angenommen werden kann, so bleibt zur Erklärung für das Ausbleiben der Restitution nur die Annahme einer doppelseitigen Läsion. Dass doppelseitige Schläfenlappenaffectionen — ganz abgesehen von eventuellen weiter-

---

als partielle subcorticale sensorische Aphasie aufzufassen und stellt ihn deshalb (S. 177) dem Falle Henneberg's an die Seite; daneben aber constatirt er doch (S. 187) auch gewisse Beziehungen zu dem oben erwähnten Kleist'schen Falle von Leitungsaphasie, ebenso wie wir noch auf manche Verwandtschaft unserer Beobachtung IV mit der „Leitungsaphasie" der Beobachtung I hinzuweisen haben werden. Auch diese beiden Fälle wurden nur klinisch beobachtet.

1) Ziehl, Ueber einen Fall von Worttaubheit und das Lichtheim'sche Krankheitsbild der subcorticalen sensorischen Aphasie. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. VIII. S. 261.

2) Anmerkung bei der Correctur: Nunmehr mehr als $3\frac{1}{2}$jährigem.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gehenden Erscheinungen der Rindentaubheit u. a. — zum Mindesten die Ausgleichung der sensorisch-aphasischen Störungen verhindern, darf jetzt wohl als gesichert gelten. Für die Annahme einer doppelseitigen Läsion darf vielleicht namentlich mit Hinsicht auf die Anton'schen Mittheilungen schon die ungenügende Einsicht in den Defect als Argument angeführt werden. Kann eine schwere doppelseitige Affection die Einsicht in die resultirende totale Taubheit unmöglich machen, so wird eine dopelseitige leichtere Affection (nur um eine solche kann es sich ja in Anbetracht des erhaltenen Gehörs handeln) sehr wohl das volle Verständniss für die Beeinträchtigung des Sprachverständnisses aufheben[1]).

Mit mehr Sicherheit als diese immerhin theoretischen Ueberlegungen scheint mir ein positiver Befund auf eine doppelseitige Läsion hinzuweisen — der Kranke zeigte Erscheinungen von Seelentaubheit. Ich übersehe, wenn ich diese ohne weiteres als Argument für die Doppelseitigkeit der Läsion anspreche, nicht, dass auch Liepmann's Patient mit einseitiger Läsion gewisse Erscheinungen von Seelentaubheit zeigte, die Liepmann auch in durchaus ansprechender Weise theoretisch dem Verständniss näher zu bringen versucht. Liepmann's Kranker mit seiner ganz besonders schweren acustischen Unerweckbarkeit, die der Autor ausdrücklich hervorhebt und von der ich mich seiner Zeit selbst überzeugen konnte, bot allerdings keine genügend günstigen Untersuchungsbedingungen, dass aus dem Ergebniss die bisher wohl allgemein angenommene Auffassung zu widerlegen wäre, die Seelentaubheit habe doppelseitige Läsionen zur Voraussetzung.

Die Seelentaubheit ist, wie auch v. Monakow[2]) neuerdings hervorhebt, beim Menschen noch recht stiefmütterlich behandelt. Einige Bemerkungen über den bezüglichen Befund in unserem Falle sind darum vielleicht angezeigt. Die Störung war nicht absolut: dem Grade nach erschien sie, soweit ein Vergleich möglich ist, geringer als die Sprachtaubheit; die Zahl der richtig erkannten nicht sprachlichen Geräusche war procental grösser als die der richtig aufgefassten Worte. Die Vertheilung der richtigen und falschen Reactionen und ganz besonders die Art der Fehler ist einigermaassen überraschend. Wider Erwarten identificirt der Kranke nämlich gerade die Geräusche, denen in gewissem Sinne ein symbolischer Charakter zukommt, als solche zum Mindesten nicht schlechter, eher besser, als andere: Zunächst wäre, ganz abge-

1) Vgl. dazu auch: Pick. Fortgesetzte Beiträge zur Pathologie der sensorischen Aphasie. Arch. f. Psychiatr. Bd. 37. S. 237.

2) Gehirnkrankheiten. S. 939.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sehen davon, dass er Gesprochenes zweifellos als solches identificirt, als einigermaassen hierhergehörig daran zu erinnern, dass der Tonfall für ihn keineswegs, wie bei totaler Seelentaubheit zu erwarten wäre, bedeutungslos war. Im engeren Sinne gehört hierher die Beobachtung, dass er Thierlaute als solche jedenfalls regelmässig von anderen Geräuschen unterschied, in einigen Fällen hat er auch das entsprechende Thier genannt resp. in Abbildungen gezeigt. (Wie weit die Fehlantworten sonst paraphasisch bedingt waren, konnte nicht sicher gestellt werden, da mir die entsprechende Menagerie nicht zur Verfügung stand; dazu kommt der Umstand, dass die Nachahmung derartiger Laute immer nur einigermaassen unvollkommen möglich ist.) Auch einige andere sehr zusammengesetzte Geräusche (Thürschliessen, Wasserlaufen, Fallenlassen von Geld) erkannte er sicher. Dagegen ist er viel weniger im Stande, relativ einfache Laute von einander zu differenciren: er erkennt zwar die Glocken als solche — verwechselt aber das Schwingen einer tiefen Kuhglocke mit dem Erklingen einer schrillen electrischen Klingel, er erkennt die Blasinstrumente (vielleicht an dem längeren continuirlichen Ton?) aus allen anderen heraus, verwechselt sie aber wieder untereinander. Er erkennt das Uhrticken, kann es aber von dem knackendzischenden Geräusch beim Ausziehen eines federnden Centimeterbandes nicht differenciren; einige ganz geläufige Geräusche fehlen (s. XV); über die Gründe dafür sind nicht einmal Muthmaassungen möglich. Dagegen legen die Verwechslungen den Schluss nahe, dass es sich dabei nicht um eine mangelnde Auffassung und Verwerthung an sich richtig aufgefasster Schalleindrücke handelt, sondern um eine mangelhafte „Verschmelzung der einen Instrumentalklang oder ein Geräusch zusammensetzenden Töne", die Liepmann[1]) als eine der Componenten der Seelentaubheit in seinem Falle anspricht. Wie sich diese Störung mit der (auch in Liepmann's Fall nicht ganz aufgehobenen) Fähigkeit zum Nachsingen vereinbaren lässt, kann hier auf Grund einer — soviel mir bekannt — wohl isolirt stehenden Beobachtung nicht erörtert werden. Dagegen mag vielleicht daran erinnert werden, dass die Auffassung, wie sie hier bezüglich der Qualität der nichtsprachlichen Schalleindrücke erörtert wurde, sich sehr wohl mit dem vereinen lässt, was bezüglich des Wortverständnisses angenommen wurde; auch hier musste die Analyse zu dem Schlusse führen, dass schon das „Klangbild" des Gesprochenen wenigstens in der Mehrzahl der controllirbaren Fälle verändert war. Dass dann Gesprochenes direct „fremdartig" und unverständlich wurde, während bei den nichtsprachlichen Geräuschen immer-

1) Liepmann, l. c. S. 43.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hin vielfach noch eine gewisse grobe Rubricirung möglich war, erscheint angesichts der viel höheren Differenzirung der Sprachklänge verständlich. Der Leistung, die hier bezüglich der groben Unterscheidung von Instrumentalklängen und Geräuschen möglich ist, entspräche auf sprachlichem Gebiete etwa die Unterscheidung mehrerer Sprachen von einander, ohne dass doch ihr Inhalt verstanden würde. Einen Fall, der diese theoretische Construction verwirklicht, citirt Pick[1]) nach Pîtres: Ein Kranker, der früher ausser seiner Muttersprache deutsch und englisch gesprochen hat, versteht nach einer Aphasie kein Wort mehr davon, nicht einmal die einfachsten Fragen nach seinem Ergehen, unterscheidet aber doch, ob er englisch oder deutsch angesprochen wird.

Nach dem hier kurz Angedeuteten dürfte eine eingehendere zukünftige Berücksichtigung der Seelentaubheit wohl die darauf verwandte Mühe lohnen. Die Erwartung, dass im Allgemeinen die asymbolischen Erscheinungen dank den einfacheren Verhältnissen für die Auffassung der complicirteren aphasischen manchen Fingerzeig geben würden, hat sich wohl als berechtigt erwiesen; speciell wird das Studium der Seelentaubheit vielleicht auf manche Verhältnisse bei der sensorischen Aphasie Licht werfen können, vor Allem bezüglich der verschiedenen Modificationen, in denen der sensorisch Aphasische hört.

Principielle Bedeutung hätte die Beantwortung der Frage, ob thatsächlich, wie Liepmann anzunehmen geneigt ist, linksseitige Schläfenlappenläsion allein genügt, um Symptome von Seelentaubheit hervorzurufen, principiell deshalb, weil sie einen Beitrag zu der Frage von der generellen Prävalenz der linken Hemisphäre liefern würde. Zunächst stehen wir auch hier vor der unerfreulichen Dissonanz, dass von Monakow[2]) die Präponderanz der linken Hemisphäre auch für die sprachlichen Leistungen im Gegensatz zu den geläufigen Annahmen einschränken will, während Liepmann[3]) ganz neuerdings ihre vorwiegende Bedeutung gerade auch für nicht sprachliche Leistungen hervorhebt. Die angeregten Untersuchungen über Seelentaubheit liessen sich an den ja nicht seltenen Fällen gewöhnlicher sensorischer Aphasie mit der hier angewandten Untersuchungstechnik sicher öfter durchführen; damit wäre eine zunächst nur theoretisch zu discutirende Frage practisch zu lösen.

Gleichviel, ob man sich in unserem Falle zuletzt für die Annahme eines ein- oder doppelseitigen Herdes entscheidet — sobald man nicht

1) Beiträge. pag. 22.

2) Monakow, Gehirnpathologie. S. 917.

3) Liepmann, Die linke Hemisphäre und das Handeln. Münch. med. Wochenschr. 1905. No. 49/50.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anatomisch subcorticale Bahnen für die Genese des Zustandsbildes verantwortlich macht, erhebt sich nun die Frage, wie die relative Begünstigung der Wortfindung und speciell der reinen Spontan-(Conversations-)Sprache gegenüber dem schwer geschädigten Sprachverständniss zu erklären ist. Die Frage konnte schon anlässlich der Beobachtung III aufgeworfen werden, wenn dort auch die Differenz weniger augenfällig und durch das erhaltene Nachsprechen wenigstens nach einer Richtung die Uebereinstimmung mit den geläufigeren Erfahrungen hergestellt war. Ob allerdings die Begünstigung des Wortverständnisses vor der Wortfindung bei der sensorischen Aphasie in dem Grade die Regel ist, wie es allgemein angenommen wird und auch mir durch den allgemeinen Eindruck namentlich bei gelegentlich und flüchtiger untersuchten Fällen bestätigt zu werden schien, dünkt mir doch gerade bei genauerer Betrachtung der hier verarbeiteten Fälle nochmal gründlicher Nachuntersuchung werth. Es wäre nicht das erste Mal, dass eine derartige Regel eben so lange in Geltung bleibt, bis sie einmal angezweifelt und dann durch unvoreingenommene Nachuntersuchung ausser Curs gesetzt wird.

Eine befriedigende Erklärung dafür, wie die Begünstigung der Wortfindung von dem Verstehen und Nachsprechen zu Stande kommen soll, wenn man nicht auf subcorticale Herde recurriren will, habe ich auch in der neuerdings sich mehrenden Litteratur über die reine Sprachtaubheit nicht finden können[1]). Schon Ziehl[2]) hat darauf aufmerksam gemacht, dass sogar die mit leichter Paraphasie complicirten Fälle „reiner Worttaubheit" bei einer corticalen Läsion unverstanden blieben und er hat insbesondere wenige Jahre nach dem Erscheinen der Freud-schen kritischen Studie darauf hingewiesen, wie die Combination der Symptome bei der „reinen Sprachtaubheit" der Freud'schen functionellen Auffassung geradezu diametral gegenüberstehe. Ziehl hat sich aus diesen Gründen auch, wennschon mit einiger Modification, für die Beibehaltung der Annahme einer subcorticalen Läsion ausgesprochen.

Thatsächlich sind aber die Fälle, in denen ein linksseitiger subcorticaler Herd als Ursache der reinen Sprachtaubheit nachgewiesen ist, noch ganz vereinzelt; dass die meisten der als subcorticale sensorische

---

1) Die letzte ausführliche Darlegung der Lehre von der subcorticalen sensorischen Aphasie bei Bonvicini (Jahrb. f. Psych. XXVI. S. 126), dessen Kranker namentlich bezüglich der Leistungen im Nachsprechen mit unserem manche Uebereinstimmung zeigt.

2) Ziehl, Ueber einen Fall von Worttaubheit etc. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. VIII. 1896. S. 297.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aphasie beschriebenen Fälle auch klinisch diesem Bilde nicht voll entsprachen, ist ohne Weiteres zuzugeben; auf der anderen Seite aber darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass ein Theil dieser Fälle doch durch die Begünstigung der Spontansprache (incl. natürlich Wortfindung) vor dem Sprachverständniss und Nachsprechen der reinen Worttaubheit so nahe stand, dass auch erfahrene Autoren sie dazu rechneten, und dass sich in diesen Fällen eben corticale Läsionen fanden.

Die Auffassung Pick's, der einigermaassen übereinstimmend mit Freud[1]), die subcorticale sensorische Aphasie aus einer doppelseitigen corticalen Schläfelappenläsion ableitet und sie als Glied einer Reihe auffasst, die von der transcorticalen sensorischen Aphasie bis zur totalen corticalen Taubheit hinüberführt[2]), würde eine Erklärung für das Verschontbleiben der Wortfindung nur dann ergeben, wenn man das „acustische Wortcentrum" nicht nur als einen besonderen Theil des „acustischen Centrums", sondern als gänzlich ausserhalb desselben liegend auffassen würde. Diese Annahme scheint mir aber durch die anatomischen Befunde, die hier wieder allein ausschlaggebend sein können, nicht genügend gestützt[3]) und ausserdem unvereinbar mit der gerade von Pick auch bei der Besprechung dieser Verhältnisse betonten gesetzmässigen Aufeinanderfolge der Erscheinungen bei der Reevolution.

Ersichtlich müssen in unserem Fall auch alle diejenigen Erklärungsversuche Schiffbruch leiden, die irgend ein Eintreten anderer acustischer corticaler Gebiete in die Function des zerstörten sensorischen Centrums annehmen; gleichviel, ob man unter der Annahme einer doppelseitigen Läsion benachbarte Schläfelappengebiete oder unter Annahme eines einseitigen das symmetrische rechtsseitige Centrum eintreten lassen will, es hiesse der Entscheidung nur ausweichen, wollte man die gezwungene Annahme machen, dass die substituirenden Gebilde zwar für die Aufgabe, die Wortwahl zu vermitteln, sufficient sein sollten, nicht aber für die andere, das Sprachverständniss und namentlich das Nachsprechen zu ermöglichen, für welch' letzteres doch bei den Sprechversuchen des Kindes der noch ganz „ungeübte" Schläfelappen ausreicht.

Eine andere Erklärungsmöglichkeit, die mit der Bastian'schen Auffassung[4]) übereinkommen würde, wäre die, dass in derartigen Fällen

1) l. c. S. 73.

2) Beiträge S. 121.

3) Vgl. dazu Sachs l. c. S. 90. Wernicke l. c. S. 502.

4) Bastian, Problems in Aphasia and other speech defects. Lancet. 1897. April p. 1134 und Aphasia and other speech defects. London 1898. pag. 165.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

über das optische Wortbild gesprochen werde. Die schon oben gestreifte Frage, ob diese Erklärung selbst für reine „Visuels" zutrifft, ob speciell bei ihnen neben den optischen Wortbildern auch optische Satzbilder bestehen, die doch als Grundlage des zusammenhängenden, geordneten Sprechens verlangt werden müssten, mag auch hier offen bleiben. Für unseren Fall entfällt diese Möglichkeit aus einem unwiderleglichen Grunde: der Patient konnte weder lesen noch schreiben, er konnte also auch keine optischen Wortbilder besitzen.

Dagegen scheinen mir, wie ich hier zur Vervollständigung einiger Bemerkungen zur I. Beobachtung nachtragen will, analoge Erwägungen bezüglich der Zahlworte und Ziffern nicht so ganz unberechtigt. Dass das Lesen und Schreiben von Zahlen sich bei Aphasischen meist abweichend und zwar vorwiegend besser zu gestalten pflegt als das Lesen und Schreiben von Buchstaben resp. Worten, dass das Zahlenlesen jedenfalls häufig nicht dem übrigen Lesen, sondern dem Benennen von Objecten parallel zu gehen pflegt, ist bekannt und soll hier nicht erörtert werden[1]); nur darauf sei hingewiesen, dass es auf Grund dieser Erfahrungen ganz unzulässig wäre, aus dem Erhaltensein des Verständnisses für Ziffern bei unserem Kranken Schlüsse darauf zu ziehen, wie sich seine Lese- und Schreibfähigkeit etwa dargestellt hätte, wenn er nicht Analphabet gewesen wäre. (Dass Analphabeten die Ziffern und etwa zweistellige Zahlen eben noch schreiben lernen, beobachtet man bekanntlich oft genug.) Die Thatsache, auf die ich hier die Aufmerksamkeit lenken möchte, ist davon ganz verschieden. Es war (XV) festzustellen[2]), dass ihm bei der Wortwahl die Zahlworte fast unbeschränkt und fehlerlos, jedenfalls viel sicherer als z. B. die Substantiva beim Benennen zur Verfügung standen. (Ein Finden der richtigen Zahl durch „inneres Aufsagen" der Zahlenreihe war in Anbetracht der fast momentan erfolgenden Reaction dabei ausgeschlossen.) Hier wird man thatsächlich mit Recht an ein Intercurrieren optischer Zahlzeichen denken dürfen. Das Zifferbild spielt psychologisch eine ganz andere Rolle als das geschriebene oder gedruckte Wortbild. Man könnte zum Belege dafür sich auf die Thatsache berufen, dass wir ja am leichtesten schriftlich rechnen, während kein Gesunder beim Denken in Worten durch den Schreibact resp. die Vorstellung von Schriftbildern sich eine analoge Erleichterung schafft;

---

1) Vergl. Bastian, Aphasie etc., S. 283, dessen Erklärung ich mich allerdings nicht anschliessen kann (siehe auch die folgende Beob. V).

2) Ich habe nicht ermittelt, ob derartige Feststellungen schon veröffentlicht sind. Bastian (l. c. S. 282), der auch diese Frage erörtert, kennt keine Beispiele.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

da hier aber immerhin complicirte Verhältnisse vorliegen, scheint eine andere Ueberlegung bezeichnender. Höre ich das Wort „Glocke", so taucht in der oft erörterten Weise der „Begriff" der Glocke, dargestellt durch die zugehörigen Erinnerungen auf; das Schriftbild kann (und wird zumeist) fehlen, ohne dass dadurch die Vollständigkeit des Begriffes irgend eine Einbusse erleidet. Aehnliches kann etwa noch geschehen, wenn ich das Wort „zwei", „fünf" vielleicht auch noch „zwölf" oder „zwanzig" höre; es mag dann die Vorstellung entsprechend vieler Einheiten auftauchen; (bei besonders Beanlagten mag das auch noch für etwas höhere Zahlen gelten, und ganz besondere, pathologische Bedingungen können, wie ich in einem früheren Falle festgestellt, nach dieser Richtung ihren Einfluss üben). Höre ich dagegen das Wort achttausendsiebenhundertundsechzehn oder gar Worte wie fünfundzwanzigmillionendreihundertundsiebenundachtzigtausendfünfhundert und achtundsechzig, so ist natürlich die Vorstellung einer entsprechenden Zahl von Einheiten zum Mindesten dem Durchschnittsmenschen unmöglich; das Wort wird zwar in seiner Qualität als Zahlwort erkannt werden, aber es verbindet sich, wie wohl jeder Leser beim Durchlesen an sich selbst constatiren wird, solange kein weiterer „Sinn" damit, bis man sich die entsprechenden Ziffern „vorstellt"; erst dieses optische Bild schafft uns den „Begriff" der betreffenden Zahl und es ist mir sehr unwahrscheinlich, dass einem Menschen ohne Kenntniss irgend einer Ziffernschrift ein derartiger Zahlbegriff überhaupt vorstellbar wäre. Jene Einheit, die für andere Begriffe durch die Erinnerung des Wortklanges gebildet wird, stellt demnach zum Mindesten für alle etwas höheren Worte das Ziffernbild dar; während die übrigen Begriffe einen psychologischen „Focus" im Wortcentrum haben, hätten die Zahlbegriffe zum Mindesten einen zweiten im optischen Gebiete, wenn man nicht die Annahme vorzieht, dass er überhaupt dahin gerückt ist. Das Aussprechen von Zahlwörtern würde zwar gleichwohl durch Vermittlung des acustischen Wortcentrums zu erlernen sein und zunächst auch weiter so geschehen; bei dem Ueberwiegendwerden des Zifferbildes wäre es aber sehr wohl verständlich, wenn sich für das Zahlensprechen allmählich eine Emancipation von der Mitwirkung des acustischen Sprechcentrums entwickelt hätte, und wenn so thatsächlich wenigstens geläufigere Zahlen direct vom Zifferbilde ausgesprochen würden, wie Bastian unter bestimmten Voraussetzungen generell vom visual word centre aus die Broca'sche Stelle innervirt werden lässt. (An der Aufgabe, vielstellige Ziffern abzulesen, scheitern, namentlich wenn mehrere Nullen darin vorkommen, nicht nur Aphasische sondern auch ungebildetere Gesunde fast immer.) Sind die vorstehenden Ueberlegungen berechtigt,

Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

so dürfte man erwarten, dass die Zahlbegriffe auch nach anderer Richtung (immer abgesehen von ihrer Sonderstellung beim Lesen!) beim Aphasischen besonders begünstigt sein könnten. Der hier beschriebene Kranke hat nach dieser Richtung keine wesentlichen Besonderheiten erkennen lassen; höchstens wäre hier nochmal daran zu erinnern, dass (XV Schluss) das fragende Nachsprechen bei Rechenaufgaben etwas häufiger vorkam als sonst, und dass hier häufiger verbale Paraphasie auftrat. Dagegen darf hier an eine Beobachtung bei Patient III erinnert werden; er konnte nicht nur, was bereits gewürdigt ist, Einmaleinsaufgaben lösen, sondern es wurde auch festgestellt, dass er schon zu einer Zeit, wo sein Sprachverständniss noch sehr reducirt war, die Zahlen von 1—12 verstand und entsprechend viele Einheiten abzuzählen im Stande war. Ich darf hier wohl daran erinnern, dass eine andere Categorie von Beobachtungen, die bei Patient in I besprochen sind, NB. lange bevor ich den letztbeschriebenen Kranken sah, mir die Annahme besonders enger Beziehungen zwischen Zahlensprechen und Zifferbild nahelegten. Im gleichen Sinne spricht auch eine Gruppe von Fehlern, die beim Nachsprechen zweiziffriger Zahlen vorkommen: der Kranke spricht die beiden Ziffern getrennt. Derartige Fälle sind bei der ersten Kranken schon besprochen und auch bei dem letztbeschriebenen erwähnt. Einen analogen, ganz besonders instructiven Fall derart finde ich citirt bei Pick[1]), besonders instructiv deshalb, weil im Czechischen der Klang und vor allem die Stellung der beiden Einzelzahllaute, soweit ich aus der Wiedergabe ersehen kann, nicht wie im Deutschen und Holländischen mit dem des zusammengesetzten Zahlwortes fast ganz übereinstimmt.

Auf keinen Fall, wie schon erwähnt, erscheint aber die Uebertragung der ganz exceptionellen Verhältnisse beim Zahlensprechen auf die Wortfindung überhaupt zulässig. Wenn es sich zumal, wie hier, um einen Analphabeten handelt, bliebe also nur mehr eine letzte Hypothese für die Begünstigung der Wortfindung vor Nachsprechen und Wortverständniss: dass nämlich unmittelbar vom Objectbegriffe aus, ohne Zwischenschaltung eines sei es acustischen, sei es optischen Wortbildes gesprochen und von allem benannt werden könnte. Diese Ansicht war thatsächlich früher von Bischoff[2]) energisch vertreten worden. Ich habe die Bedenken gegen eine derartige Annahme, die die Wortwahl zu einer Function des motorischen Centrums machen würde, früher ein-

1) Pick, Beiträge. S. 135.

2) Bischoff, Beitrag zur Lehre der amnestischen Sprachstörungen. Jahrbücher für Psychiatrie. 1897. S. 342.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gehend erörtert. Es kommt dazu, dass das Benennen, das bei einer derartigen Annahme ganz besonders begünstigt sein müsste, in den hier behandelten Fällen sicher nicht besser, meist sogar schlechter geht, als die Wortfindung in der Spontansprache; nur bei im Ablauf begriffener motorischer Aphasie konnte Bonhoeffer[1]) in zwei Fällen übereinstimmend die Bevorzugung des Benennens gleichzeitig mit der Wiederkehr des Nachsprechens constatiren (Analoges berichtet Gross[2]) für den späteren Verlauf der motorischen Aphasie); bei Läsionen im sensorischen Gebiet würde ein derartiges Verhalten, selbst wenn es beobachtet werden sollte, sicher eine seltene Ausnahme darstellen, die viel eher eine besondere Erklärung erfahren würde, als dass sie selbst zur Grundlage principieller Entscheidungen gemacht werden könnte. Auch hier wäre dann noch die schon einmal erwähnte Frage zu erheben, woher den Kranken die Worte fliessen, die nicht der Bezeichnung für Objecte dienen; auch wenn man auf Grund der neueren Erfahrungen über den Agrammatismus dem motorischen Centrum eine gewisse Selbstständigkeit in Bezug auf die Production der „kleinen Theile" der geläufigen Rede zuerkennt, bliebe noch ein Rest von Worten, deren „Herkunft" nicht aufgeklärt wäre. Die Berechtigung dieser theoretisch construirten Bedenken ergiebt sich durch einen Vergleich der Leistungen im Spontansprechen, wie sie von dem Kranken IV (auch Pat. V) geschildert sind, mit den früher geschilderten Leistungen der Kranken mit transcorticaler motorischer Aphasie einerseits und mit den bekannten Spontanproducten der geläufigen Fälle sensorischer Aphasie andererseits.

Die Anamnese hat in unserem Falle zur Frage nach der Ein- oder Doppelseitigkeit der Herde nichts beigetragen; die Angaben reichen nicht aus, um festzustellen, ob etwa den hier in den ersten Tagen beobachteten zweifellos auf Läsionen der linken Hemisphäre hinweisenden Erscheinungen andere vorhergegangen waren, aus denen auf eine Affection der rechten geschlossen werden konnte. Auch über die Natur der Herde ist ein sicheres Urtheil unmöglich; sie ist für die hier behandelten Fragen auch weniger belangreich.

Ich hätte wohl auch die Frage der Localisation und der Doppelseitigkeit der Herde weniger eingehend behandelt, wenn sich mir nicht schon bei der Untersuchung, noch mehr jetzt bei der Besprechung des Falles immer wieder manche Analogien mit einer weiteren Beobachtung aufgedrängt hätten, für die die vermutheten doppelseitigen Herde that-

1) l. c.

2) Gross, Zur Biologie des Sprachapparates. Allgem. Zeitschrift für Psych. 61. S. 813.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:28 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sächlich auch autoptisch nachgewiesen werden konnten. Ich lasse zunächst ein Resumé der Krankengeschichte und den makroskopischen Sectionsbefund folgen.

Beobachtung V.

Frau N., 59 Jahre. Aufgenommen 17. November 1904. Gestorben 18. Januar 1905.

Ueber frühere Antecendentien nichts bekannt. Im Frühjahr 1904 angeblich nach Schreck einige Stunden bewusstlos. Als Folgeerscheinung wird nur Beklemmungsgefühl in der Herzgegend angegeben; Anfang 1904 musste sie sich wegen Kopfschmerzen zu Bett legen; am 10. November war sie von früh Morgens an ausser Bett, war bis 3 Uhr Mittags im Hause thätig, wurde dann plötzlich bewusstlos. Die Sprache war dann weg, der Mund stand schief, sie schielte (?).

Stat. praesens. Sehr gealtert, aber nicht dement aussehende Person.

Keine Hemiplegie; Patellarreflexe gleich, kein Babinski. Die rechte Hand verstümmelt. Der kleine Finger fehlt, vom vierten die Endphalange, die 2 folgenden stehen in Beugecontractur. Keine Hemiopie; keine Augenmuskollähmungen. Jede genauere körperliche Untersuchung scheitert an den Schwierigkeiten der Verständigung: Patientin ist nie auch nur zum Zeigen der Zunge zu veranlassen.

Der Zustand bleibt während der ersten Wochen der Beobachtung stabil; Ende December bildet sich eine Pneumonie, der Patientin am 18. Januar erliegt. Insulterscheinungen sind während der Beobachtungszeit nicht zu Tage getreten; auch wurde keine Hemiplegie festgestellt; dagegen fiel in den letzten Tagen die Neigung der Kranken auf, nach rechts überzufallen, während sie wegen ihrer Dyspnoe meist halbsitzend zu Bett gehalten wurde.

Die letzte etwas eingehendere Untersuchung des Sprach- etc. Vermögens war am 30. December möglich; von da ab machte der körperliche Zustand und die bald einsetzende Benommenheit sie unmöglich.

Ergebniss der Untersuchungen vom 17. November bis 30. December 1904:

I. Sinnesorgane.

A. Gesicht. Patientin scheint gelegentlich überhaupt nichts zu sehen; wiederholt reagirt sie auf das Vorhalten eines brennenden Zündholzes, auf das plötzliche Erglühenlassen einer electrischen Taschenlaterne direct vor ihren Augen absolut nicht. Dass ihre Sehschärfe gleichwohl für alle hier in Betracht kommenden Prüfungen ausreichte, documentirt sie nicht nur bei den Benennungsversuchen, sondern ganz besonders durch ihre Fähigkeit, Zahlen zu lesen (cf. VII.).

B. Gehör. Der Eindruck der Taubheit konnte noch viel eher hervorgerufen werden. Sie giebt zwar, wenn man vor ihr steht und zu ihr spricht, regelmässig Antworten; es ist aber nach dem Inhalt derselben nicht sicher, ob sie überhaupt etwas hört. Auf Gehörseindrücke hinter ihrem Rücken rea-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

girt sie häufig überhaupt nicht. Dass sie gleichwohl und zwar wieder für die Uutersuchungszwecke ausreichend, hört, geht aus Folgendem hervor.

1. Auf Blasen einer kleinen, schwachen Kinderflöte hinter ihrem Rücken reagirt sie gelegentlich mit Umdrehen und: „Das höre ich wohl.“ Einmal bei der klinischen Demonstration (12. December) sagt sie bei einem zweiten Ton „das ist etwas tiefer“, bei einem dritten: „das ist wieder etwas kleiner“ (!). (Die Töne waren different, auf die Höhe war, da auf derartige Antworten nicht gerechnet wurde, leider nicht geachtet.)

2. Während der Untersuchung sagt sie einmal beim Heulen des Windes draussen: „nun hören Sie nur so einen Wind.“

3. Sie identificirt einmal sicher Geldklappern.

4. Sie hat ganz ausnahmsweise etwas nachgesprochen oder einen verlangten Gegenstand gezeigt.

Die Unerweckbarkeit fiel nicht etwa zusammen mit Zuständen verminderter Regsamkeit überhaupt: sie wechselte bei unverändertem Gesammtverhalten von Minute zu Minute; bei der erwähnten Vorlesung hatte sie mich zunächst durch absolute Reactionslosigkeit gegen das Blasen in Verlegenheit versetzt, wie ich überhaupt das Erhaltensein des Gehörs demonstriren sollte, um dann bei einem erneuten Versuche nach wenigen Minuten die oben wiedergegebenen Angaben über die Tonhöhe zu machen.

Von einer systematischen Prüfung des Gehörs konnte bei den Schwierigkeiten, ihr die Aufgabe begreiflich zu machen, keine Rede sein.

II. Verständniss für Gesten.

Das Verständniss für Gesten schien bei den Explorationen im engeren Sinne fast ausnahmslos ganz zu fehlen; jedenfalls war es nicht hinreichend, für das fehlende Sprachverständniss auch nur einigermaassen Ersatz zu schaffen. Mit allem Vormachen, Deuten nach ihrer Zunge etc. war sie, wie erwähnt, nicht dazu zu bewegen, ihre Zunge zu zeigen; dabei ermangelte sie zumeist nicht der nöthigen Aufmerksamkeit, sondern begleitete unsere Anstrengungen fast immer mit einer ihrer Bemerkungen „ja gewiss“, „das kann sein“ etc. Sie war nicht dazu zu bewegen, die Zahlenreihe aufzusagen, auch wenn man ihr die Reihe vorsagte, dabei rhythmisch ihren Arm bewegte und ihr noch die Ziffernreihe vorlegte, von der sie dann gelegentlich die eine oder andere einzeln ablas (der Versuch ist immer wieder von neuem wiederholt worden.) Sie verstand fast niemals die Aufgabe, genannte Gegenstände zu zeigen (ganz ausnahmsweise fing sie an, im Bilderbuche auf die einzelnen Bilder zu deuten). Wurde ihr während der Untersuchung die Hand entgegengestreckt, so ergriff sie dieselbe fast nie.

Trotzdem war von einem absoluten Unverständniss nicht die Rede; kam man von draussen an ihr Bett und begrüsste sie, so streckte sie die Hand aus; lächelte man ihr zu, so lächelte sie wieder; hatte man ihr etwas in die Hand gegeben und hielt ihr dann die Hund entgegen, so verstand sie zuweilen, dass man den Gegenstand zurückhaben wolle, und legte ihn zurück.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dass sie dabei nicht „räth", ergeben folgende Versuche:

12. December. Ich beginne zu weinen. Patientin sagt lachend: „Ich dachte, es wäre etwas ganz Besonderes." Gleich darauf bei Wiederholung des Versuches: „Ist es so arg mit Ihnen, jetzt höre ich es."

Bei einer späteren Wiederholung desselben Versuches (am 30. December) sagt sie zuerst: „Hören Sie auf, nun glaube ich doch, dass es gemeint . . . ., er ist so ein komischer Mann, so eine komische Wirthschaft, es ist alles verliehen und weg". Gleich darauf bei Wiederholung (zum Assistenten): „Ist es dem Herrn nicht gut geworden! Nun glaube ich, dass er mich zum Besten hat".

(Dagegen veranlasst sie (12. December) eine lange Nase, die vor ihm gemacht wird, nur zu der Bemerkung: „Ja, das kann auch sein — Nase".)

Während einer der Umstehenden über eine ihrer Antworten zu lächeln beginnt, sagt sie (17. December): „Sehen Sie, der lacht darüber".

In derselben Untersuchung wird ihr eine Apfelsine weggenommen und scheinbar eingesteckt. Sie sagt: „Sie schieben das so geschwinde in Ihre Tasche".

Anlässlich einer Feier, die alljährlich am St. Nicolaustage im Krankenhaus stattfindet, hat sie eine Flasche Parfum bekommen, die sie unter das Kopfkissen gesteckt hat; wie ihr diese scheinbar weggenommen wird, sagt sie: „Nein, das ist von mir, das werden sie gefälligst — — da kriegen sie nichts, das habe ich von dem Herrn bekommen, wissen Sie, da kam er von der Seite, das gehört mir". Ich rieche an der Flasche, sie sagt: „Gut, was? das glaube ich; da bekam ich es von ihm und ich fand es sehr nett". Nachdem man es später nochmal weggenommen, sagt sie: „Ich sehe es wohl".

III. Manipuliren mit Gegenständen u. ä.

Ausserhalb der eigentlichen Versuche ist Patientin wenig auffällig, da sie überhaupt sehr wenig Initiative zeigt: sie muss gewaschen und gefüttert werden. Einmal versucht sie den vor sie gesetzten Teller zum Munde zu führen und daraus zu trinken.

Auch diese Versuche scheitern vielfach daran, dass sie — auch mit Zuhülfenahme von Gesten — meist nicht zur Action zu bewegen ist. Sie betrachtet Gegenstände, die ihr in die Hand gegeben werden, vielfach sehr andächtig, macht ihre gewöhnlichen Bemerkungen: „ja hübsch", „herrlich" u. dgl., hält sie aber fest, oder noch häufiger, sie legt sie vorsichtig vor sich nieder.

Eine der complicirtesten Leistungen war es, dass sie einmal (7. December) zum Schmieren eines Butterbrodes zu bringen war. Aus der Situation heraus, kommt es noch öfter zu einer zusammengesetzten Leistung: 12. December. Es fällt ein Tintenfleck auf das Protokoll, sie ruft „oh", nimmt das Taschentuch und wischt ihn weg und sagt: „Ja, es ist nicht so arg", etwas später: „Hab' ich es nicht gut gemacht"? Ein zugereichtes frisches Handtuch nimmt sie und sagt: „Danke schön". Bei einer späteren Gelegenheit (27. December) bekommt sie selbst Tinte an die Finger, sie wischt ihn am Betttuch ab und sagt dann; „So jetzt ist er trocken, jetzt ist es besser".

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein kleines Kind, das an ihr Bett gebracht wird, streichelt sie, weiss dabei (in wiederholten Versuchen) sehr geeignete, auch in durchaus entsprechendem Tone vorgetragene Worte zu finden: „Du bist ein braver Junge, ein lieber Junge u. s. w.

Den täglichen Untersuchungen einer kleinen mutacistischen Hysterica sieht sie mit Interesse zu; das Bild des Kindes mit einem Herrenhute auf erweckt ihre Heiterkeit; wenn man sich von ihr weg zu dem nebenan liegenden Kinde wendet, beginnt auch sie in der oben erwähnten Weise zu dem Kinde zu sprechen.

Bei den Untersuchungen fesselt wiederholt der eifrig protocollirende Assistent ihre Aufmerksamkeit: „der Herr hat ordentlich zu thun“ (3. December). Einmal giebt sie beim Weggehen der Aerzte einige ihr vorgelegte Gegenstände dem Assistenten, sagt: „Das ist von dem Herrn“. Ein andermal (28. November) sagt sie mit Bezug auf ihr vorgelegte Bildchen: „Daran dürfen Sie nicht kommen, das ist von dem Herrn“.

Soweit sie Bewegungen auszuführen versucht, scheinen sie meist der Absicht gemäss auszufallen: Einen Ring, der ihr über den Finger gezogen wird, nimmt sie ab, legt ihn auf's Bett, als er wegrollt, ergreift sie ihn und legt ihn wieder nieder (12. December); das gleiche macht sie ein anderes Mal (9. December) als der Ring zufällig vom Finger gefallen ist. Ein Glas hält sie eine Zeit lang in der Hand, auch nachdem einige Percussionshämmer daran gehängt sind und zuletzt noch eine Stearinkerze darüber gelegt ist; als diese herunterfällt, legt sie sie selbst wieder geschickt darüber. Dagegen gelingt es ihr nicht immer (wohl zuweilen), ihre Haube, wenn sie sich verschoben hat, wieder zurecht zu rücken; einmal schiebt sie sie ungeduldig ganz weg. Ein vorgehaltener Spiegel bessert dabei nichts; sie reagirt nicht auf ihr Bild. Ein in die Bettjacke gesteckter Percussionshammer veranlasst sie, an die Brust zu greifen, sie kommt aber nicht dazu, den Hammer, der sie offenbar stört zu erreichen, geschweige denn zu entfernen. Als ihr ein Hammer in den Halsausschnitt gehängt wird, hebt sie den Kopf, greift aber nicht danach. Statt einfach die Hand zu geben nimmt sie die dargebotene Hand oft zwischen ihre Linke und die verstümmelte Rechte, wischt aber gelegentlich ihre Hand erst an der Bettdecke ab.

Parapraktische Bewegungen i. e. S. wurden nicht beobachtet. Hob man den Arm der Patientin passiv, so blieb er zwar nicht stehen, sank aber ausserordentlich langsam.

In den Mund gebrachter Zucker löste Verziehen des Gesichtes aus; auf Vorhalten eines Löffels machte sie ziemlich regelmässig eine Schnute, aber keine Leckbewegungen; den gleichen Effect hatte auch das Vorhalten beliebiger Gegenstände (nicht nur perseveratorisch, wie überhaupt perseveratorische Actionen bei ihrer geringen Neigung zur Bethätigung kaum beobachtet wurden). Auch beim Vorhalten einer Cigarre kommt sie mit gespitztem Munde an, um gleich darauf wieder mit den Worten: „Nein, hören Sie“ zurückzuweichen (10. December 1904).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Sprachverständniss.

Ein unzweifelhaftes Satzsinnverständniss hat Patientin in zahlreichen Untersuchungen nur ein einziges Mal documentirt; nachdem sie am 11. December Besuch gehabt hat, wird sie am 12. gefragt, wer ist gestern hier gewesen? und antwortet darauf: „Da hier — kein Mensch", eine Phrase, die NB. ausserhalb ihres gewöhnlichen Repertoires liegt; nach der schon erwähnten Nicolaus-Feier unter anderem gefragt, was sie geschenkt bekommen habe, sagt sie; „Ja, werde ich erzählen, eine ganze Menge", eine Antwort, die wenn auch vielleicht wirklich als solche aufzufassen doch schon grosse Aehnlichkeit mit ihren geläufigen Bemerkungen zeigt. Im Uebrigen hat sie nie Verständniss, auch nur für einfache Sätze documentirt. Es gelang niemals, sie mündlich auch nur zu den einfachsten Actionen zu veranlassen; die unsinnigsten Sätze (ob 3 Elephanten im Saale waren, ob der Arzt ein Thier ist u. a.) beantwortet sie mit: „Ja, gewiss" oder anderen beliebigen Phrasen „das kann sein", „gross, das kann sein" u. a.

Zeichen von Wortsinnverständniss wurden ganz wenige constatirt.

Als es ausnahmsweise gelungen war, sie zum Zeigen von Bildern im Buche zu veranlassen, zeigt sie einmal richtig auf den Elephanten, bei einer anderen Gelegenheit ein Schaukelpferd; aufgefordert aus einer Reihe von Münzen einen Gulden zu geben, thut sie das mit dem Zusatz: „Ja, das ist nun der grosse".

Einige Male lassen ihre Antworten darauf schliessen, dass sie wenigstens ein Wort von den Fragen verstanden hat.

Sind Sie gestern im zoologischen Garten gewesen? Ja vergangene Woche.

Sind das hundert? (dabei 3 Finger gezeigt.) Ob es zehn ist oder nichts.

Sagen Sie fünf! Das kam schon gross und klein; zeigt dabei auf eine 5, die ihr kurz vorher unter anderen Zahlen aufgeschrieben war.

Andere Leistungen, die auf sprachliches Verständniss hingewiesen hätten, werden nicht constatirt. Dagegen konnte zweimal eine Identification nicht sprachlicher Geräusche mit Sicherheit constatirt werden: Beim Klappern mit Geld sagt sie (8. December): „Ja ich höre es schon, eine ganze Menge, wenn ich erzählen sollte, es wird schon besser werden"; das zweite Beispiel (Heulen des Windes) ist schon erwähnt. Auch meine Weinausbrüche dürfte sie zum Theil wenigstens acustisch aufgefasst haben.

V. Nachsprechen.

Zu Nachsprechversuchen auf Geheiss konnte es nicht kommen, weil der Kranken die Aufgabe nicht begreiflich zu machen war; ein eigentlich echolalisches Nachsprechen wurde nicht beobachtet (s. noch unten); ob man einzelne Buchstaben (auch Vocale) kurze oder lange Worte brauchte, ergab keinen Unterschied, z. B.:

12. December. Klinische Demonstration.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorgesprochen:	Nachgesprochen:
a	Ich weiss so gut, ich denke es nur, ich finde es so hässlich.
Papa	Ich denke es von jungen Menschen noch.
Kakadu (kakatoe)	Kann ich vielleicht noch darüber denken, um darüber zu sprechen.
Kuh (koe)	Das denke ich wohl.
Fuss (voet)	Kleinigkeit (kleinigheid).
Bleistift (potlovod)	Das sagen sie ein Cent.

Ein einziges Mal hat die Kranke der Aufforderung nachzusprechen, einigermaassen Folge geleistet, unter 5 Aufgaben, Zahlen nachzusprechen, findet sich einmal: 12! „kann sein, 12".

Die unmittelbar angeschlossene Wiederholung ergiebt dann allerdings. 12! Jawohl, bei den Damen.

Auf die Frage, wo sind Sie gestern gewesen, sagt sie einmal: „Ja gestern", auf die Frage: Sind Sie ein Thier (beest), sagt sie: „Beesten (Thiere), ja".

Einmal sagt sie, statt das Wort „beestjes" (Thierchen) nachzusprechen, wenigstens „beesjes". Im Uebrigen sind paraphasische Entstellungen des vorgesprochenen Wortes nicht vorgekommen.

Ein einziges Mal wird bei Substantiven ein verbal-paraphasisches Nachsprechen beobachtet: statt „varken" (Schwein) sagt sie (NB.! nicht perseveratorisch) van een koe (von einer Kuh). Beim Zahlennachsprechen wird dreimal Analoges beobachtet:

Sagen Sie 33: Acht oder so' was (die Zahl 8 war vorher nicht gebraucht).

Sagen Sie 33 (bei einer anderen Reihe): Ja, dann bekomme ich doch drei.

Sagen Sie 88: Ja von so einem Mann von 1 oder 2 oder 3, vielleicht, wenn ich etwas älter werde (s. dazu auch Ergebnisse des Zahlenlesens).

VI. Spontansprache.

A. Reines Spontansprechen.

Patientin zeigt keine Logorrhoe, spricht aber nicht auffallend wenig. Die sprachliche Production geschieht ungehindert, mit normaler Betonung (cf. ihre Unterhaltung mit dem kleinen Kinde). Paraphasisch entstellte Worte werden auch beim Spontansprechen nur ganz ausnahmsweise beobachtet. Die Satzbildung erfolgt correct, ganz selten werden zwei Worte etwas ungewöhnlich gestellt oder Sätze agrammatisch gebildet. Einige Beispiele sind oben schon angeführt. Als Beispiel rein spontaner Aeusserungen sei hier angeführt.

Zur Wärterin, die sie nach der klinischen Vorstellung wieder abholt, sagt sie: „Ja, sind Sie wieder da, ja, die Herren, es war sehr gut".

Zum Assistenten macht sie gelegentlich während der Exploration Zwischenbemerkungen: 8. December. Warten Sie nur, Herr, warten Sie nur sobald es Sommer wird, 17. December als er sich an den Bettrand setzt: „Setzen Sie sich nur".

27. December empfängt sie uns bei der Visite: „Nun habe ich doch so

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine Freude, nun kriege ich Anna hieher". Am 9. December äusserte sie während der Untersuchung: Mein Sohn aus (. . . unverständl.) sagt zu mir, wenn er grösser wird—jetzt ist er gross, jetzt ist er 25 oder gut 25". Bei den Zahlenlesversuchen sagt sie einmal (17. December) lachend: „Ja ich kann noch nichts". Wiederholt producirt sie Phrasen, wie „Es ist heute schönes Wetter"" „Sie müssen einmal hinausgehen, da werden Sie sehen, wie schön es ist". (8. December): Beim Kommen und Weggehen der Aerzte sagt sie meist spontan „Guten Tag", am 21. December verabschiedet sie sich mit den Worten: „Guten Tag, Herr, es ist schönes Wetter, kommt der Herr nicht mehr wieder, sehen Sie, da läuft er nun so weg".

Auf Fragen, Aufforderungen, vorgesprochene Worte antwortet sie, auch unbeeinflusst durch den Tonfall, in dem zu ihr gesprochen wird, meist mit häufig wiederkehrenden, zum Theil schon erwähnten Phrasen: „Ja sehen Sie", besonders häufig auch: „Ja, ein wenig", „Ja, das kann sein, sehen Sie eben", „Schon möglich". „Ja, das sehe ich wohl (beim Vorhalten einer Uhr, „Gewiss draussen überall"; dabei verfehlt sie fast nie, das hier übliche „mynheer" (analog monsieur) der Antwort beizusetzen. Bei einem Nachsprechversuch producirt sie nacheinander am 17. December das Folgende:

Cacao: kann auch sein.
Papa: auch wohl.
Kuh (koe): ja wohl, nicht viel.
Kuh (koe): ja, das haben Sie auch gesagt (!).
U: Ja schon ein paar mal (!).
Hand: das ist auch so.
Hand: das kann sein, ist ein bischen grösser.

Zuweilen producirt sie auch längere Sätze, die dann, abgesehen von ihrer Unzugehörigkeit zur gestellten Frage auch an sich sinnlos werden: „Dann werde ich selbst nichts von selbst", „Ja den hatte nun, ein gewöhnlicher, nicht hin, mit dem Herrn darüber gesprochen und dann erfahren sie noch". „Das ist so klein, gewiss, das wird vielleicht grösser".

B. Benennen von Gegenständen etc.

Zum Benennen von Bildern im Bilderbuche war Patientin fast nie zu bewegen; meist kamen, wenn sie überhaupt darauf einging, Phrasen, wie: „das ist ganz klein", „so etwas habe ich schon gesehen" etc. zu Tage; einige Versuche gelangen:

Pferd mit Fohlen: Vaarsje (statt paardje Pferd) klein und gross.
Gleich darauf Esel: auch ein Pferd (nun correct gesprochen).
Elephant: auch ein Pferd.
Etwas besser reagirt sie noch auf Geldstücke:
1 Cent: das giebt noch nichts.
10 Cent (Dubbeltje): das ist auch nur ein Dubbeltje.
Ein Gulden: ein Kwartje (= 25 Cent).
Papier und Bleistift: Da steht noch nichts darauf.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mundharmonika vor den Mund gehalten: Spricht die am Ende (bläst nicht, hatte auf das Blasen vorher nicht nachweislich reagirt).

Das lebhafteste Interesse flössten ihr aber — in wiederholten Versuchen — Bildchen ein, die in Umrissen und zum grossen Theil mehr als schematisch vor ihren Augen gezeichnet wurden. Dabei producirt sie das Folgende:

Vorgelegt:	Sagt:
9. December.	
Vierfüssler (nicht näher zu definiren).	(lachend), ein kleines Pferd, ein junges Thier, (deutet nochmal darauf) es ist ein Thier.
Gesicht (aus Punkten und Strichen).	Hübsch, eine Dame, ich finde ihn garnicht hübsch.
Weibliche Figur.	Das ist hübsches („mooi“) Mädchen, das ist garnicht hübsch.
Männliche Figur.	Das ist nicht hübsch, so hässlich, garnicht hübsch, so ein alter Herr, finden Sie das nun hübsch.
Baum.	Kann das nicht mit jemand vorkommen, kann er dann nicht kommen, kommen, ein Baum um zu kommen und zu gucken.
17. December.	
Gesicht (wie oben).	So besonders hübsch, der Herr.
Vierfüssler.	Ein kleines Thierchen, aber finden nun so hübsch.
Contur einer Kirche.	Giebt mindestens noch ein Haus.
Vierfüssler (der einige Aehnlichkeit mit einer Katze hat).	Das ist eine „poes“ (Kosename für Katze) sehen Sie, nun habe ich es doch noch.
Dasselbe (später).	Ist eine kleine Katze.
Vogel.	Ist ein kleines Thierchen etc.
28. December.	
Carricatur eines Gesichtes.	Ist doch nicht nett von dem Mann, finde ich nicht ordentlich von so Mann, lange nicht hübsch, so ein Gesicht lange nicht ordentlich.
Carricatur eines männlichen Brustbildes.	Ist kein ordentlicher Herr, finden Sie das nun einen ordentlichen Herrn, er kann sich schon dafür ausgeben, aber ich finde ihn keinen vornehmen Herrn.
Weibliche Gestalt.	Der Herr ist ganz hübsch.
Vierfüssler.	Richtig, da haben Sie den kleinen Hund, guck, da kommt er gelaufen.
Schweinchen.	Was für eine Brust (dieselbe ist thatsächlich zu dick gerathen) auch ein kleines Thierchen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In einigen (weniger zahlreichen) weiteren Versuchen begnügt sie sich damit, ihren Beifall oder Missfallen kundzugeben, ruft gelegentlich sogar noch die Schwester herzu, um sie zu fragen, ob sie das gesehen habe, oder fragt den Assistenten, ob er das nun hübsch finden könne.

VII. Lesen und Schreiben.

Zum Schreiben war Patientin nie zu veranlassen; abgesehen von der Beeinträchtigung der Handbewegung durch die Verstümmlung, war sie auch zu keinem Versuche zu bewegen; den in die Hand gegebenen Bleistift hielt sie andächtig fest oder legte ihn vor sich nieder. Wie viel sie früher schreiben konnte, ist nicht bekannt geworden.

Die Leseversuche ergaben, dass sie wenigstens etwas lesen gelernt haben muss; so constatirt sie bei „Papa“: „das ist doch zwei a's, sehen Sie“, bei Ohr (holl. „oor“) „das ist zwei avonds (Abende)“, statt „a“ liest sie „das ist ein Tag“ (holl. „dag“), statt „m“ liest sie „minder“, ein anderes Mal statt „a“ „das ist noch ein kleines Wörtchen“, bei der klinischen Demonstration statt Papa: „zwei, ein klage (Jarg) und ein lage (ebenso)“ deutet dabei auf die zwei a's, gleich darauf „Kakao“: „Das ist immer noch ein Kage (Jarg)“. Zum richtigen Lesen eines Wortes war sie nie im Stande; die beste Leistung war, dass sie einmal statt buik (Bauch) huis (Haus) las. Meist begnügte sie sich mit Reactionen, wie, „das ist ganz klein“, das ist nur einer etc.

Erheblich besser gelang das Lautlesen von Zahlen, wie folgende ungekürzte Reihen beweisen.

27. December:

25	das ist nun 25.
37	das ist nun 27, das ist nun grösser, etwas grösser geworden.
25, 42	immer dasselbe 25, siebente, 5 für will ich einmal sagen, 25, 7, und dann noch 25, 3. richtig.
9	7, das ist nun grösser geworden, 3, 30 cent.
6	sechse (Prov. ganz analog im Holl.).
4	+
1	eins und dann haben Sie noch von.
2	eine grosse 2.
5	+
3	+
7	eine grosse 7.
8	8 Tage hin.

28. December:

5	eine 5 nun.
5, 10	das ist auch ein Herr von zehn Jahren und einer von 5 Jahren.
8	das ist nun eine kleine.
8	das ist noch eine grosse 8 und nun sehen Sie, das muss ich nun geben.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

28. December:

7	das ist nun wieder eine grosse zu 7.
1, 2, 3, 4, 5	21 und eine 3 Jahre und 5 mit einem kleinen und wieder 5, (deutet darauf auf die einzelnen Ziffern und nennt sie richtig).
8	eine kleine zu 5 Cent.

Bei der klinischen Demonstration. 10. December.

5	+
25	—
3	3 mal 3.
6	auch sechs.
8	das ist eine acht.
100	das ist noch ein Dubbeltje (= 10 ct.).

Das Gehirn ist in toto eingelegt und soll in Serienschnitten untersucht werden.

Die Besichtigung ergab:

Starkes Atherom, auch in der Art. Fossae Sylvii keine Embolien.

In der l. Hemisphäre erscheint der linke Schläfelappen stark verkleinert, der ganze Lappen stark verkürzt, einzelne Gyri ca. halb so breit wie rechts (rechts 14, links 8 mm); die Configuration des Schläfelappens erscheint erhalten, doch finden sich vielfache stecknadelkopf- bis linsengrosse, zum Theil confluirende, weissliche eingesunkene Stellen. Die Abgrenzung der atrophischen Partien gegen den Hinterhauptslappen ist undeutlich.

Die Gegend der linken Broca'schen Stelle und deren Umgebung ist ohne scharfe Abgrenzung nach vorne und oben gelblich erweicht, doch ist auch hier die Configuration erhalten.

Rechts findet sich beim Herausnehmen eine schwappende Stelle, in der hinteren Partie des Scheitel-Schläfelappens, die beim Manipuliren einreisst und in eine grössere Höhle zu führen scheint; sonst rechts äusserlich keine Herde nachweislich.

Nach vollendete Chromirung werden die weichen Häute wenigstens über den nicht erweichten Partien abgezogen; der linke Schläfelappen zeigt eine höckerige Oberfläche, etwa wie eine Schrumpfniere. Nachdem das Gehirn einige Zeit in Alkohol gelegen, wird es in der Medianlinie getrennt: Gewicht rechte Hälfte 563, linke 538 g.

Der einzige Frontalschnitt, der bis jetzt in der Höhe der rechtsseitigen Erweichung geführt ist, ergiebt eine ziemlich glattwandige, von einigem faserigen Gewebe durchzogene, etwas schief nach innen unten führende Höhle von 0,9 cm verticaler, fast 3 cm sagittaler Ausdehnung, die vorwiegend das Scheitelläppchen einnimmt, aber von oben her auch die erste Schläfewindung in der Tiefe mit betroffen hat, während der an der Oberfläche des Gehirns liegende Theil der Rinde der I. Schläfewindung erhalten scheint.

Im Gegensatz zu den ersten vier, wenigstens nach dieser Richtung „reinen" Beobachtungen erscheint die letzte complicirt durch die Bei-

Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

mengung von Erscheinungen, die den asymbolischen zugerechnet werden müssen. Es liegt ausserhalb des Rahmens unserer Erörterungen, hier auf die Détails dieser Störungen einzugehen; es sei deshalb hier nur dasjenige recapitulirt, was für die fernere Beurtheilung von wesentlichem Belang ist. Am augenfälligsten war die Unerweckbarkeit, die die Kranke vor Allem auch optischen Eindrücken gegenüber documentirte, sie erschwerte die Untersuchung in hohem Maasse und hätte bei flüchtiger Prüfung verleiten können, einen noch schwereren Grad der Störung anzunehmen, als er wirklich vorlag. Zeitenweise — bei den Versuchen mit dem elektrischen Laternchen — hätte sogar der Verdacht auftauchen können, dass Patientin nicht nur seelen-, sondern wirklich rindenblind sei. Alle Erörterungen bezüglich der Unrichtigkeit einer derartigen Annahme werden unnöthig gemacht durch die zahlreichen Versuche — insbesondere die Ergebnisse des Zahlenlesens — die ein für alle in Betracht kommenden Prüfungen durchaus hinreichendes Sehvermögen erwiesen. Auch die Annahme, dass Patientin nur mehr ein sehr beschränktes centrales Gesichtsfeld gehabt, wird durch die Sicherheit widerlegt, mit der sie grössere Objecte (das Kind mit dem Hut) oder Situationen (Antasten ihrer Habseligkeiten etc.) auffasste. Die Parallelen zwischen dieser optischen und der häufiger beschriebenen, auch in unserem Falle beobachteten acustischen Unerweckbarkeit erscheinen immerhin lehrreich; auch die letztere kann leicht den Anschein hervorrufen, dass nicht nur die Erkennung und Verwerthung der Sinneseindrücke, sondern auch schon die Perception gestört sei; nicht immer wird es auf acustischem Gebiet ebenso leicht sein, wie auf optischem den Nachweis genügender Sinnesschärfe zu führen und die Parallele mit den optischen Störungen mahnt also zur Vorsicht bezüglich vorzeitiger Annahme von Taubheit in derartigen Fällen.

Die sehr intensiven Schwankungen, denen die Erweckbarkeit unterlag, könnten zu der Annahme verleiten, dass die Unerweckbarkeit Folge einer Benommenheit, Bewusstseinstrübung u. dergl. gewesen wäre; ich wiederhole deshalb, dass diese Schwankungen innerhalb so kurzer Fristen (oft von Minute zu Minute) auftraten, dass an entsprechende grobe, zur Erklärung ausreichende Bewusstseinsschwankungen nicht zu denken war (die Erweckbarkeit pflegt übrigens auch bei thatsächlich benommenen Kranken, bei Meningitis, Tumoren etc. nicht so stark zu sinken, dass das hier beschriebene typische Bild zu Stande käme); ich füge noch bei, dass die Unerweckbarkeit nicht nur in Momenten beobachtet wurde, wo das ganz passive Verhalten der Kranken die Annahme einer Benommenheit wenigstens möglich gemacht hätte, sondern auch zu Zeiten, wo sie lebhaft z. B. auf das Kind neben ihrem Bette einsprach, über

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das Wetter sich äusserte oder andere Leistungen producirte, die die Annahme einer Benommenheit ausschlossen.

Auch die Einstellung der Aufmerksamkeit auf optische resp. acustische Eindrücke kann hier zur Erklärung der Schwankungen nicht herangezogen werden. Dass eine derartige Einstellung erfolgen und nachgewiesen werden kann, wird auch derjenige zugeben, der sonst nicht geneigt ist, anders unverständlich bleibende Erscheinungen auf Schwankungen der Aufmerksamkeit schlechthin zu beziehen. Ich habe selbst bei dem oben flüchtig erwähnten Kranken feststellen können, dass es zumeist selbst die schrille fis⁴-Stimmgabel nicht „hörte", d. h. nicht darauf reagirte, aber stets prompt auf das Anschlagen ein Zeichen gab, wenn er vorher durch Zeichen und Vorzeigen des Instruments veranlast wurde, sich auf einen acustischen Reiz „einzustellen". Bei der Pat. V konnte von einer derartigen Vorbereitung nicht die Rede sein: die Verständigungsmöglichkeit war so beschränkt, insbesondere auch durch ihr Unverständniss für Gesten, dass man ihr dergleichen unmöglich begreiflich machen konnte. Wir müssen uns also mit der Registrirung der Schwankungen begnügen und auf eine Erklärung verzichten.

Mit dem eben besprochenen Phänomen hängt es zusammen, dass die Zahl der Fehlreactionen beim Gebrauch von Gegenständen so ausserordentlich klein war; die Kranke unterscheidet sich in dieser Richtung von der Mehrzahl der Kranken mit sensorischer oder Leitungsasymbolie (apractische Erscheinungen fehlten); auch die wenigen beobachteten Fehlreactionen (Trinken aus dem Teller, Mundspitzen nach vorgehaltenen ungeniessbaren Gegenständen, eine sehr verbreitete Fehlreaction) stellten sich noch als relativ leichtere „Entgleisungen" dar; der Spärlichkeit der Fehlreactionen überhaupt entspricht es, dass das Haftenbleiben beim Manipuliren mit Objecten keine Rolle spielt.

Der Ausfall der Mehrzahl der Versuche konnte eine fast totale Seelenblindheit resp. sensorische Asymbolie vortäuschen. Auf acustischem nichtsprachlichem Gebiete konnten allerdings einige gerade im Vergleich mit der Beobachtung IV immerhin recht auffallende gute Leistungen constatirt werden: sie identificirte Geldklappern richtig; ebenso identificirte sie das Heulen des Windes; vor der Annahme einer totalen Seelenblindheit konnte nun schon der Ausfall der Zahlenlesversuche schützen; im Uebrigen war die Zahl der positiven Reactionen recht gering gewesen, bis es fast zufällig gelang, einen Weg zu finden, der dann zu einer ziemlich grossen Reihe guter Leistungen führte: das Vorlegen von Carricaturen: während sie Gegenstände meist nicht gebrauchte, Abbildungen nicht benannte, beide meist andächtig, aber scheinbar verständnisslos besah, erkannte sie die mehr als primitiven

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Producte meiner Zeichenkunst zum allergrössten Theile in wiederholten, zeitlich getrennten Versuchen: der Gegensatz zwischen den beiden Versuchsreihen erregte immer wieder unser Erstaunen, und bei der richtigen Bezeichnung des Katzenbildes konnten wir uns der Vermuthung eines Missverständnisses unsererseits erst entschlagen, als ein zweiter Versuch wieder, unter Modification des Ausdruckes, ein positives Resultat gab. Eine Erklärung der sehr merkwürdigen Erscheinung ist schwer zu geben: dass die Fertigung des Bildes vor den Augen der Patientin die Erkennung erleichtert, oder ihr Interesse in besonderem Maasse erweckt, ist kaum anzunehmen; denn auch mit den Gegenständen wurde in der mannigfachsten Weise vor ihren Augen manipulirt, ohne dass die Resultate sich besserten. Ich habe daran gedacht, ob die primitiven Bildchen vielleicht das früher[1]) von mir postulirte Optimum darstellten, dasjenige Minimum von Partialeindrücken, das eben hinreicht, eine rasche Erkennung zu ermöglichen, ohne dass doch die Vielheit der Elemente die „Uebersicht" erschwert; ich wage es aber nicht, auf Grund einer bis jetzt vereinzelt gebliebenen Beobachtung mehr als diese Muthmassung zu äussern.

Gewissermassen einen Uebergang zwischen den asymbolischen und den weiterhin zu besprechenden aphasischen Störungen stellen die Schwierigkeiten dar, die der Kranken das Verstehen von Gesten bereitete; soferne es sich um eine Identification nichtsprachlicher Eindrücke handelt, wäre die Störung etwa als Gesten-Agnosie zu bezeichnen; soferne aber die Gesten einen Ersatz — genetisch den Vorläufer — der articulirten Sprache darstellen, hat sie nahe Beziehungen zur sensorischen Aphasie. Auf die möglichen feineren Unterscheidungen, je nachdem die Gesten, vornehmlich als Mimik im engeren Sinne noch unmittelbar sprachersetzend auftreten oder mehr conventionelle Bedeutung erlangt haben, kann hier nicht eingegangen werden. Bei der Patientin war das Verständniss für alle Categorien von Gesten gestört, am wenigsten vielleicht, und das scheint nach Beobachtungen von Mazurkiewicz[2]) kein zufälliger Befund, für die reine Mimik: zu den noch am sichersten gelingenden Reactionen zählt ein freundliches Wiedernicken, wenn ihr zugelächelt wird; sie constatirt auch, dass Jemand lacht; sie identificirt Weinen als einen Ausdruck des Unbehagens, ja sie zieht einmal den im Verhältniss zu ihrer sonstigen Leistungsfähigkeit recht complicirten Schluss, dass man ihr das zum Spasse

1) Monatsschr. für Psych. und Neurol. XVII. S. 130.

2) Mazurkiewicz, Ueber die Störungen der Gestensprache. Jahrb. f. Psych. 1900. S. 545.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vormache. Dagegen bleiben auch so einfache Gesten, wie das Zustrecken der Hand oft unverstanden, wenn nicht — wie in zahlreichen analogen Fällen — die Gesammtsituation das Verständniss erleichtert. Nichtmimische Actionen werden nur ausnahmsweise erkannt: so wenn sie auffasst, dass man etwas zurück haben will, dass man ihr etwas wegnimmt, dass man an einer Flasche riecht; meistens fehlt das Verständniss ganz: abweichend von den meisten Aphasischen, bei denen ich diese Prüfungsmethode sonst mit Erfolg zu verwenden pflege, ist sie durch kein rhythmisches Schütteln, Ausstrecken der Finger und ähnliche Manipulationen dazu zu bringen, zu zählen; es gelingt nicht, ihr begreiflich zu machen, dass sie auf Abbildungen im Bilderbuche zeigen soll; vor Allem aber ist es nie gelungen, die Kranke zum Nachahmen vorgemachter Bewegungen zu veranlassen; während der ganzen Beobachtungszeit war es nicht möglich, sie auch nur zum Zeigen der Zunge zu bringen.

Gerade für die sichere Deutung der letztbesprochenen Erscheinung liegen die Verhältnisse des Falles zu complicirt; ausgeschlossen ist eine Unfähigkeit, die betreffenden Bewegungen überhaupt auszuführen; einen Theil (z. B. das Zeigen einzelner Bilder) macht sie ja gelegentlich spontan; ihre eigene Mimik war reichlich und ungestört; die Frage muss offen bleiben, ob die Auffassung als solche fehlte oder ob der Apparat für die Uebermittelung nicht functionirte.

Es erschiene verlockend zwischen der sensorischen Aphasie und dem Gestenverständniss analoge Beziehungen auch genetisch herzustellen, wie sie namentlich früher, neuerdings wieder durch Mazurkiewicz und Gross[1]) bezüglich der motorischen Aphasie und der damit einhergehenden Störungen der Mimik betont wurden. Nähere Ueberlegung lehrt allerdings, dass die Analogie, die auch Gross ziehen will, nicht ohne Weiteres aufgeht, und meine Erfahrungen bei den geläufigen Bildern der sensorischen Aphasie haben mir den Eindruck hinterlassen, dass man sich auch in der Periode schwer gestörten Sprachverständnisses durch Gesten mit den Kranken relativ gut und sicher zu verständigen vermag, wenn nicht Complicationen mit asymbolischen Störungen vorliegen; gleiche Erfahrungen scheint auch Mazurkiewicz[2]) gemacht zu haben. Die systematische weitere Verfolgung des Gestenverständnisses bei sensorisch und auch bei motorisch Aphasischen (vergl. dazu den vierten Fall von Gross) scheint mir gleichwohl wünschenswerth.

1) Gross, Zur Biologie des Sprachapparates. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. 1904.

2) l. c. S. 545.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Hauptinteresse beanspruchen die aphasischen Störungen sens. strict.; da der Fall manche Analogien mit dem letztbesprochenen bietet, eine gleich eingehende und systematische Untersuchung überdies nicht durchführbar war, wird ihre Besprechung in geringerer Ausführlichkeit erfolgen können. Eine Hörprüfung wie bei Patient IV war leider nicht ausführbar. Dass die Hörschärfe an sich für die Prüfungen ausgereicht hätte, ergab sich eben aus den gelegentlichen guten Reactionen. Ich hatte bei der Besprechung der Erscheinungen auf optischem Gebiete schon darauf hingewiesen, wie leicht die Unerweckbarkeit dazu verleiten kann, die Sinnesschärfe zu unterschätzen. Wo es nur auf Beurtheilung der letzteren ankommt, wird man berechtigter Weise nicht den Durchschnitt, sondern das Optimum (natürlich sicher festgestellter) richtiger Reactionen als Massstab gelten lassen.

Was die Kranke im Ganzen in Bezug auf Sprachverständniss geleistet hat, ist minimal; was sub IV angeführt ist, stellt thatsächlich die Summe alles dessen dar, was während einer 6 wöchentlichen Beobachtung in zahlreichen, zum Theil langen Einzeluntersuchungen nach dieser Richtung festgestellt werden konnte: ein einziges Mal wurde mit Sicherheit ein Satz aufgefasst; ein zweites Resultat, das aufgenommen ist, ist zweifelhaft; sicherer scheinen die wenigen Fälle, in denen sie einzelne Worte aus einer Frage auffasste, während bei einem Theil der spärlichen Fälle, in denen sie Verlangtes zeigte, wieder mit der Möglichkeit zufälligen Gelingens zu rechnen ist. Im ganzen war jedenfalls die Summe der positiven Reactionen so gering, dass bei minder häufiger Untersuchung oder sonstiger zufälliger Ungunst der Verhältnisse auch sie sich sehr leicht der Beobachtung hätten entziehen können; die Diagnose totale Sprachtaubheit wäre dann berechtigt gewesen. Von einer Scheidung von Categorien, die besser oder schlechter aufgefasst wurden, konnte natürlich bei diesen verschwindend geringen Leistungen nicht die Rede sein. Dagegen wäre die Frage wenigstens zu streifen, ob nicht auch das Sprachverständniss, ebenso wie die Sinnesschärfe in Folge der Unerweckbarkeit in Gefahr gerieth, unterschätzt zu werden. Ich glaube, das anschliessen zu dürfen: die Unerweckbarkeit ist nicht die Ursache, sondern die Folge des mangelhaften resp. fehlenden Verständnisses; zur Begündung dieser Auffassung darf ich wohl an frühere Erörterungen[1]) über das Verhältniss zwischen Fixierbarkeit und dem Schwierigkeitsgrade einer gestellten Aufgabe erinnern.

Ebenso spärlich sind die Resultate beim Nachsprechen; zum

1) Monatsschr. f. Psychiatr. XVII. S. 440. Zeitschr. f. Psychologie und Physiol. der Sinnesorgane. XXXIX. S. 193.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eigentlichen Nachsprechen auf Geheiss war sie nicht zu bringen; was sie producirte, gehörte eher unter die Categorie des fragenden Nachsprechens als in die der eigentlichen Echolalie; auffallenderweise fanden sich auch unter den wenigen Beispielen, in denen sie überhaupt nachsprach, noch einige von verbaler Paraphasie (Kuh statt Schwein, 8 statt 33). Bezüglich des Nachsprechens erscheint allerdings der Einwand gerechtfertigt, dass die Spärlichkeit der Resultate nicht eigentlich durch die Unerweckbarkeit, aber durch die Unmöglichkeit wenigstens mitverursacht worden sei, ihr die Aufgabe begreiflich zu machen; wäre dies gelungen, so wäre vielleicht zum Mindesten, wie in Beob. IV auf eine grössere Menge eventuell paraphasisch entstellter Producte zu rechnen gewesen. Reactionen, wie sie sub V zu Anfang reproducirt sind, sind natürlich nicht mehr als Producte mangelhaften Nachsprechens aufzufassen: sie entsprechen nicht einmal dem Versuch der Lösung der gestellten Aufgabe. Dass auch unter etwas anderen Bedingungen mangelhafte Erfassung resp. dort Festhaltung der Aufgabe das Nachsprechen auf Geheiss beeinträchtigen können hatte ich bei der Schilderung des III. Falles zu erwähnen.

Diesen schweren Störungen des Sprachverständnisses und Nachsprechens steht nun auch hier ein relativ viel besseres Sprechvermögen gegenüber. Die Articulation ist vollständig intact, von ganz seltenen Ausnahmen abgesehen werden die Sätze gut gebildet; paraphasisch entstellte Worte sind nur spärlich zu hören. Die längeren Phrasen, die sie gelegentlich producirt, stimmen zum Theil überein mit dem, was man sonst von sensorisch Aphasischen zu hören bekommt; zu einem erheblichen Theil sind sie aber dadurch inhaltreicher, dass ihr immerhin eine etwas grössere Auswahl von sinnvollen Worten zu Gebote steht; so reicht ihr Sprachschatz, wenn er auch hinter dem des Patienten IV ganz erheblich zurück steht, doch aus, um sich gelegentlich über das Wetter, die emsige Thätigkeit des Protokollirenden, ihre Freude über ein erhaltenes Geschenk u. a. zu äussern; die Belege dafür finden sich ausser sub VIa auch in den übrigen Abschnitten der Krankengeschichte. Die Kranke ist aber weiterhin, ganz im Gegensatze zu der geläufigen Auffassung über die Verhältnisse bei der sensorischen Aphasie im Stande, viel mehr Gegenstände zu benennen, als sie genannte zu zeigen vermag. Auch diese Fähigkeit ist noch sehr beschränkt. Man wird hier wieder die Complication durch die asymbolischen Erscheinungen in Rechnung zu ziehen haben. Wo sie bei den Benennungsversuchen scheiterte, musste immer die Möglichkeit erwogen werden, dass schon das Erkennen der Gegenstände misslang. Für das Maas der noch verbliebenen Sprechfähigkeit resp. Fähigkeit zur Wortfindung liefert aber

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wohl den besten Beweis die Thatsache, dass gerade ihre sprachlichen Leistungen (speciell beim Vorzeigen der kleinen Zeichnungen) uns zeigten, dass die agnostischen Störungen doch nicht so erheblich waren, wie sie sonst, nach der Unfähigkeit, Gegenstände zu gebrauchen, erscheinen konnten.

Irgend welche Reactionen, die auf Krankheitseinsicht hätten schliessen lassen, wurden bei der Kranken nicht beobachtet; sie scheint nicht nur bezüglich der aphasischen, sondern auch bezüglich der weitergehenden Störungen ganz gefehlt zu haben.

Lesen und Schreiben ergaben keine wesentlichen Resultate; zum Schreiben, auch nur zum Schreibacte, war sie nicht zu bringen; gelesen hat sie ganz ausnahmsweise einige Buchstaben, sie documentirte damit wenigstens, dass sie nicht gleich dem Patienten IV ganz Analphabetin war; wie weit sie Unterricht genossen hatte, konnte wieder nicht festgestellt werden; auf die Alexie und evtl. Agraphie ist deshalb kein weiterer Werth zu legen.

Erheblich besser gelang das Zahlenlesen — das Zahlenschreiben konnte begreiflicherweise angesichts der Unfähigkeit zum Schreibact nicht geprüft werden; sie liest einstellige Zahlen zumeist, zweistellige ausnahmsweise richtig. Im Uebrigen ist eine Begünstigung der Zahlen höchstens beim Nachsprechen andeutungsweise erkennbar.

Bei der Beurtheilung des Gesamtbildes konnte trotz der in diesem Sinne sprechenden Anamnese, die Frage auftauchen, ob die Annahme grober, und dann mehrfacher Herde überhaupt berechtigt war; das klinische Bild als solches wäre sehr wohl auch durch eine schwere Hirnatrophie mit stellenweise stärkeren Veränderungen zu erklären gewesen. Die Autopsie enthebt uns weitergehender derartiger Erwägungen; sie hat bewiesen, dass thatsächlich doppelseitige Herde bestanden. Dabei sei allerdings erwähnt, dass das Aussehen des linken Schläfelappens mit seiner typischen runzligen Oberfläche grosse Uebereinstimmung zeigte mit den Bildern, wie sie die Atrophie des Gehirnes zustande zu bringen pflegt, Bilder die namentlich durch wiederholte Mittheilungen Pick's bekannt geworden sind. Auch im Uebrigen erweist sich das Gehirn atrophisch (links stärker als rechts).

Angesichts dieser — leider oft übersehenen — Complication wäre der Befund kaum verwerthbar, wenn es sich um die Entscheidung der Frage handelte, welche feinere Ausfallserscheinungen etwa durch die Herde veranlasst wurden. Nachdem einmal erwiesen ist, dass aphasische Störungen durch atrophische Processe veranlasst werden können, ohne dass grobe Herde bestehen, ist es meines Erachtens nicht mehr zulässig, sobald thatsächlich Herde gefunden werden, von der Würdigung

Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

der Atrophie abzusehen und die klinischen Symptome einseitig nur auf die Herde zu beziehen und daraus vielleicht allgemeine Schlüsse zu ziehen.

Wohl aber können auch derartige, vielleicht gerade derartige Gehirne noch zu Schlüssen nach der Exclusionsmethode herangezogen werden, zur Beantwortung der Frage, welche Leistungen nach Verlust bestimmter Hirntheile noch möglich sind. Von den Herden, die festgestellt wurden, ist allerdings einer — der sich nach der Broca'schen Stelle erstreckende — bezüglich seines Alters nicht sicher zu deuten. Erwägt man, dass die Kranke bis 3 Wochen vor dem Tode ohne jede motorische Behinderung gesprochen hat, so erscheint es nach geläufigen Annahmen schwer vorstellbar, dass der Herd thatsächlich schon während dieser ganzen Zeit bestanden haben sollte. Aus der anamnestischen Angabe, dass der letzte Anfall vor der Aufnahme ein Schiefstehen des Mundes zur Folge gehabt, wäre allerdings zu schliessen, dass der damalige Process sich zum Mindesten schon in der Umgebung der Broca-schen Stelle resp. des Operculum abgespielt; die Möglichkeit, dass der Herd erst in den letzten Wochen resp. Tagen noch sich ausgedehnt, ohne dass bei dem schweren, benommenen Zustand der Kranken entsprechende Symptome nachweislich waren, läge dann nahe. Es ist fraglich, ob die Untersuchung an Schnittserien, die hier wesentlich anatomische Zwecke verfolgt, über das Alter des Herdes Aufklärung bringen wird. Auch wenn diese Untersuchung ergiebt, dass die Broca'sche Stelle wirklich, was makroskopisch nicht zu beurtheilen ist, ganz und schon länger zerstört war, würde aber die erhaltene Sprechfähigkeit noch nicht so ganz unverständlich. v. Monakow[1]) hat neuerdings wieder mit besonderem Nachdruck darauf hingewiesen, dass die Frage nach der genaueren Localisation der motorischen Aphasie noch der Revision bedürftig ist; ich verfüge über mehrere Erfahrungen, die mir die Berechtigung dieser Forderung beweisen. Im vorliegenden Specialfall kommt zudem noch in Betracht, dass die Kranke durch eine — ihrem ganzen Aussehen nach alte — Verstümmlung im Gebrauch ihrer rechten Hand behindert war; die Möglichkeit muss zum Mindesten erwogen werden, dass sich mit der zunehmenden Uebung der linken Hand auch die der Broca'schen entsprechende Stelle der rechten Hemisphäre am Sprechact schon vor der Schädigung der linken in erhöhtem Maasse betheiligt und nachher zur Substitution besonders befähigt war; die Annahme, dass bei traumatisch bedingter Linkshändigkeit eine derartige

1) Gehirnpathologie. S. 898.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Functionsveränderung statthaben könne, ist nach einer Beobachtung Oppenheim's[1]) nicht nur eine rein hypothetische.

Bezüglich der uns hier in erster Linie interessirenden sensorisch-aphasischen Störungen erheben sich analoge Schwierigkeiten nicht. Sowohl bezüglich der starken Atrophie des linken Schläfelappens, als auch bezüglich der glattwandigen Höhle im rechten, kann mit Sicherheit angenommen werden, dass sie älter sind als 3 Wochen, dass sie also auch schon zur Zeit der Feststellung des klinischen Befundes bestanden. Die Untersuchung des gehärteten Gehirnes kann höchstens noch ausgebreitetere Herde ergeben. Schon jetzt aber lässt sich feststellen, dass links im Schläfelappen eine nicht etwa subcorticale, sondern auch die Rindenausbreitung betreffende Läsion bestand, wie sie nun schon in einer ganzen Reihe von Fällen als ausreichend für die Erklärung einer sensorischen Aphasie angesprochen wurde, dass ausserdem die hintere Partie des rechten Schläfelappens wieder unter Mitbetheiligung wenn auch nicht totaler Zerstörung der Rinde der I. Temporalwindung durch einen Herd lädirt war, dass also beiderseits eine corticale Läsion bestand, von der man nach Maassgabe der fast totalen Aufhebung des Sprachverständnisses und des Nachsprechens eine sehr erhebliche Störung der Spontansprache, vor Allem eine höchstgradige Beeinträchtigung der Wortfindung für Concreta hätte erwarten sollen. Statt dessen ist gerade diese noch relativ am besten erhalten.

Der Fall schliesst sich klinisch und nun auch anatomisch einem Theil derjenigen an, die, wenn auch zu Unrecht, als subcorticale sensorische Aphasie in der Litteratur geführt werden; was von der Frage der subcorticalen sensorischen Aphasie für unser Thema von besonderer Wichtigkeit zu sein schien, habe ich schon bei der Epikrise des vorigen Falles erwähnt. Ich brauche nach dem dort Gesagten wohl nicht ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass ich die Diagnose subcorticale sensorische Aphasie in unserem Falle nicht für berechtigt halten würde, so wenig wie ich sie für die Mehrzahl der erwähnten Fälle — auch nur bezüglich des klinischen Befundes anerkennen kann. Hier kam es nur darauf an, zu zeigen, dass in einem Falle, wo die Störung des Sprachverständnisses und des Nachsprechens weder durch periphere Hörstörung, noch durch eine subcorticale Läsion zu erklären waren, wo vielmehr eine Affection der Schläfenrinde beiderseits anatomisch nachweislich war, ein klinisches Bildniss zu Stande kam, das wieder mit den Bastian-Freund'schen Anschauungen über die Function des sensorischen Sprachcentrums nicht vereinbar ist. In diesem negativen

1) Oppenheim, Die Geschwülste des Gehirns. II. Aufl. S. 112.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sinne scheint mir auch der bis jetzt erhobene Befund von einigem Werthe, ebenso wie die Befunde in denjenigen Fällen doppelseitiger Schläfelappenläsion, die meines Erachtens zu Unrecht als subcorticale sensorische Formen bezeichnet wurden. Die Frage, warum das vom gewöhnlichen Typus abweichende und immerhin nicht gerade häufige Bild zu Stande kam, lässt sich zur Zeit an der Hand unserer Falles allerdings ebensowenig beantworten, als das, soweit ich zu übersehen vermag, auf Grund früher beschriebener möglich wäre.

Ich lege in dieser Mittheilung den Hauptwerth auf die ausführliche Wiedergabe der Befunde, die bei weiteren Untersuchungen auf dem gleichen Gebiete die Controlle und Benutzung ermöglichen, im Uebrigen aber auch darüber hinaus, namentlich soweit es die an sich recht ungewöhnlichen Beobachtungen I und IV betrifft, noch eine Reihe von Détails enthalten, die nach dem Plane der Erörterungen überhaupt nicht oder nur beiläufig besprochen werden konnten.

Was mir für die in der Einleitung hervorgehobenen Fragen von Bedeutung zu sein schien, habe ich jeweils in der Epikrise der einzelnen Fälle zu würdigen versucht. Ich kann mich deshalb hier zum Schlusse mit einer recht kurzen vergleichenden Nebeneinanderstellung begnügen.

Gemeinsam ist allen 5 Beobachtungen die Intactheit der sprachlichen Execution; nur bei der ersten Kranken erfährt diese Feststellung eine Einschränkung insofern, als bei ihr beim Nachsprechen und beim Aussprechen neuerlernter Worte sich Schwierigkeiten bemerklich machten, wie wir sie sonst bei motorischen Sprachstörungen auftreten sehen; bezeichnender Weise war dies gerade die Beobachtung, die uns theoretisch noch am Besten erklärbar schien durch die Annahme eines Herdes, der sich weiter frontalwärts, etwa in die Inselgegend hinein erstreckte.

Stellt man sich aber auf den Standpunkt, dass als wesentlich verschieden nur sensorische und motorische Aphasie auseinandergehalten werden sollen, so wäre zweifellos auch dieser Fall gleich den vier anderen zur sensorischen Gruppe zu rechnen: betrachten wir unter diesem Gesichtspunkt, wie sich die drei Hauptelemente verhalten, die von der Intactheit der sensorischen Seite abhängig sind: Verständniss, Nachsprechen und Wortfindung.

In Beobachtung I, in der wir klinisch die Characteristica der Leitungsaphasie feststellten, zeigt das Verständniss[1]) die geringste Störung, die

---

1) Auf die Differenzen zwischen Wortlaut-, Wortsinn- und Satzsinnverständniss, die oben bei den einzelnen Fällen erörtert sind, braucht hier nicht nochmal eingegangen zu werden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wortfindung ist etwas mehr gestört (für die Behinderung besteht volle Einsicht); am schwersten beeinträchtigt ist das Nachsprechen; nur ein halbspontanes Nachsprechen von Bekanntem gelingt, aber keineswegs immer, Nachsprechen sinnloser Combinationen ist unmöglich.

In Beobachtung II, in der wir ein Rückbildungsstadium einer Wernicke'schen Aphasie zu erblicken haben, ist die Wortfindung stark gestört; der Kranke producirt einsichtslos blühende Paraphasie; Nachsprechen und Verständniss sind erheblich geschädigt, letzteres vielleicht etwas stärker; die Auswahl dessen, was der Kranke nachsprechen kann, erinnert einigermaassen an die Verhältnisse bei Beobachtung I; häufig vermag er Worte, deren Verständniss er sicher documentirt, doch nicht nachzusprechen.

Beobachtung III bietet klinisch das Bild der transcorticalen sensorischen Aphasie; das Nachsprechen ist am wenigsten beeinträchtigt (auch hier eine, wenn auch nicht so in die Augen fallende Auswahl); Wortfindung und Verständniss sind stärker geschädigt, doch ist durch die ganze Beobachtungszeit die Wortfindung gegenüber dem Verständniss begünstigt.

Die Beobachtung IV lässt sich unter keines der geläufigen Bilder rubriciren; am schwersten geschädigt ist das Nachsprechen (wieder nicht ganz wahllos); etwas weniger aber noch sehr erheblich beeinträchtigt das Verständniss, am wenigsten gelitten hat die Wortfindung.

Beobachtung V bietet — abgesehen von der Complication mit asymbolischen Erscheinungen — das vergröberte Bild der vierten: Verständniss und Nachsprechen sind so schwer geschädigt, dass ein Vergleich kaum mehr möglich ist; die Wortfindung ist verhältnismässig viel besser.

Man mag nun diese, hier nur in ihren allergröbsten Umrissen recapitulirten Befunde gruppiren, wie man will, man wird nicht dazu gelangen, eine Reihenfolge herzustellen, in der sich der Ausfall resp. der Wiedereintritt bestimmter Functionen gesetzmässig und übereinstimmend nach einander vollzieht, wie es der Lehre von der functionellen Schwächung der functionstragenden Gebiete entsprechen würde.

Die 5 Beobachtungen konnten im Verlaufe weniger Jahre unter einem Materiale gesammelt werden, das an Reichhaltigkeit begreiflicherweise sich mit dem grossstädtischer Kranken- und vor Allem Siechenanstalten entfernt nicht messen kann; erwägt man dabei, dass doch nicht allzu selten Besonderheiten des Einzelfalles (schwere Benommenheit, sehr starke Ermüdbarkeit, zuweilen, namentlich bei alten Potatoren, auch Unwille) eine einigermaassen systematische Untersuchung der aphasischen Störungen unmöglich machen, dass in anderen Fällen äussere Umstände

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine solche ausschliessen, so dürfte aus dem hier vereinigten Materiale doch hervorgehen, dass derartige Befunde, sofern nur unvoreingenommen untersucht und registrirt wird, keineswegs seltene Curiosa darstellen; damit ergiebt sich aber im Sinne der einleitenden Bemerkungen, dass die functionelle Theorie den Anspruch auf Allgemeingültigkeit nicht zu erheben berechtigt ist, und damit weiterhin die Folgerung, dass selbst diejenigen Befunde, die ihr nicht widersprechen, doch eine andere Erklärung verlangen.

Beiläufig möchte ich hier bemerken, dass auch manche allerneueste, vor Allem an Ueberlegungen Storch's anschliessende Theorien für die hier erörterten Befunde in ihrer Gesammtheit kaum eine genügende Erklärung zu geben im Stande sein dürften. Auch diese Hypothesen verlangen gleich der Freud'schen, auf deren Boden sie ja eigentlich erwachsen sind und deren Weiterentwicklung sie darstellen, bestimmte gegenseitige Verhältnisse der einzelnen Störungen untereinander, sobald sie consequent angewandt und vor Allem nicht nach Lage des Einzelfalles jeweils etwas anders formulirt werden. Im Uebrigen entfernen sich diese Hypothesen soweit von der bis jetzt noch vorwiegenden Betrachtungsweise der Aphasie, an der auch ich festhalten zu müssen glaube, dass mir eine Discussion hier unmöglich scheint. Entschliesst man sich, an Stelle der doch relativ einfachen Elemente der Wernicke'schen Aphasielehre hochcomplicirte „Vermögen" unter gleichviel welchen Namen der Betrachtung zu Grunde zu legen, so geräth man aus dem Gebiete der Thatsachen, die zum Mindesten der Nachprüfung, Bekräftigung oder Widerlegung zugänglich sind, auf das der Speculation und Definition, man verzichtet aber damit vor Allem selbst auf die Hoffnung, auch für einigermaassen subtilere Störungen die anatomische Grundlage aufzudecken; nur unter diesem Gesichtspunkte aber scheint es mir überhaupt zu rechtfertigen, wenn weiter Zeit und Mühe an das Studium der Aphasie verwandt wird.

Wie weit wir von der Erreichung dieses Zieles noch entfernt sind, haben die kurzen Erörterungen über die mögliche Localisation der Läsionen in den einzelnen Fällen mit betrübender Deutlichkeit gelehrt; nicht einmal theoretisch waren die Stellen zu definiren, die den zu stellenden Anforderungen bezüglich der klinischen Folgen entsprochen hätten. Den proteusartig wechselnden klinischen Bildern können wir bis jetzt nur eine sehr beschränkte Auswahl anatomischer Möglichkeiten gegenüberstellen. Dabei vergesse man aber nicht, dass unsere Kenntnisse der in Betracht kommenden anatomischen Veränderungen an Feinheit zur Zeit noch nicht viel höher stehen, als die klinische Kenntniss der Aphasie etwa zur Zeit unmittelbar nach der Broca'schen Entdeckung.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erst in der letzten Zeit hat man wenigstens angefangen, Gehirne Aphasischer in Serien-Schnitten nach Weigert zu untersuchen und so immerhin noch relativ groben Veränderungen doch besser nachzugehen, als es beim blossen Durchschneiden gehärteter oder gar frischer Gehirne möglich war. Würde man — bei genügenden Mitteln und Hülfskräften eine durchaus nicht unmögliche Aufgabe — erst einmal dazu übergehen, eine Reihe geeigneter Gehirne nach Marchi zu untersuchen, so würde sich voraussichtlich bald eine ebenso reichliche und zunächst vielleicht verwirrende Vielheit von Combinationen auf anatomischem Gebiete ergeben, wie wir sie im Laufe der letzten Decennien auf klinischem kennen gelernt haben. Dann erst aber wäre mit genügender Unterlage an die Frage heranzutreten, wie weit auch feinere klinische Erscheinungen nicht nur theoretisch und schematisch sondern thatsächlich im Einzelfalle, zunächst in einfacheren, allmählich in immer verwickelteren zur Deckung zu bringen sind.

Für die nicht motorischen (also im oben gebrauchten weitesten Sinne sensorischen) Aphasien erscheint es mir auch auf Grund des schon jetzt vorliegenden Materials thatsächlich sehr wahrscheinlich, dass sich die Differenzen theils aus der Ausdehnung des Herdes in der Schläfelappenrinde, theils aus der wechselnden Mitbetheiligung von Projectionsfasern einerseits, von Associationsfasern nach Occipital- und Stirnlappen und Balkenfasern andererseits erklären würden. Dass sich zunächst so häufig bei Schläfelappenherden auch etwas differenter Localisation doch immer das typische Bild der Wernicke'schen Aphasie entwickelt, wäre selbst ohne Zuhülfenahme der v. Monakow-schen Diaschisis-Hypothese durch recht grob bedingte passagere Herdsymptome zu erklären auf, deren Bedeutung Wernicke[1]) noch in seiner letzten Aphasie-Bearbeitung hinweisen zu müssen glaubte. In diesem Sinne kann man dann, wie ich anlässlich der Besprechung der Beobachtung III erwähnt, etwa auch berechtigt sein, die transcorticale sensorische Aphasie als ein Rückbildungsstadium der Wernicke'schen Form bezeichnen, wenn man nämlich von dem Beginnzustand ausgeht, der durch die Summe der directen und indirecten Herdsymptome geschaffen wurde. Vielleicht — auch darüber werden erst eingehendste Untersuchungen Aufschluss geben — gewinnt die Wernicke'sche Stelle ihre Bedeutung gerade dadurch, dass hier eine kleinste Läsion die grösste Anzahl für die Function wichtiger Elemente zu zerstören im Stande ist?

Derartige Ueberlegungen scheinen sich einigermaassen den von mir bekämpften Freud'schen Anschauungen zu nähern; ich möchte deshalb zum

1) l. c. S. 552.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schlusse die Differenz, die mich von seiner Auffassung der sensorischen Aphasie trennt, möglichst genau präcisiren. Freud (und seine Nachfolger) sehen im Wernicke'schen Centrum die dem acustischen Rindenfelde zunächst liegende „Ecke" eines einheitlichen (in seiner Function schwer zu umschreibenden) Sprachapparates: ich glaube an der Trennung von sensorischem und motorischem Sprachcentrum festhalten zu müssen. Freud betrachtet die Wernicke'sche Aphasie als den schwersten Grad einer einheitlichen Störung, die durch eine Schädigung der acustischen Ecke des Sprachfeldes zu Stande kommt; ich betrachte dieselbe als die Summe einer Reihe von Störungen, die durch Läsion des sensorischen Centrums und vor allem seiner Verbindungen zu Stande kommen. Freud erkennt nur eine Rückbildungsmöglichkeit der sensorischen Aphasie im Sinne der Bastian'schen Aufstellungen an; ich halte gerade auf Grund der hier mitgetheilten Beobachtungen und Ueberlegungen verschiedene Rückbildungsmodi für möglich nach Maassgabe der Wiederaufnahme der Function durch nicht definitiv ausgefallene Elemente. Freud[1]) nimmt ein „Sprachgebiet" an, innerhalb dessen die Associationen und Uebertragungen, auf denen die Sprachfunctionen beruhen, in einer dem Verständniss nicht näher zu bringenden Complicirtheit vor sich gehen. Ich hege die Hoffnung und sehe gerade darin das Ziel der weiteren Aphasieforschung, dass wir allmählich diesem Verständniss näher kommen.

Ich recapitulire zum Schlusse noch, was unabhängig von streitigen Fragen der Auffassung und Erklärung an gesicherten thatsächlichen Ergebnissen aus unseren Beobachtungen hervorgeht.

1. Bezüglich der Intensität, in der bei nichtmotorischen Aphasien Verständniss, Nachsprechen und Wortfindung gestört sind, besteht kein gesetzmässiges Verhältniss.

2. Die Restitution sensorischer Sprachstörungen erfolgt nicht gesetzmässig so, dass sich das Nachsprechen vor dem Sprachverständniss wieder einstellt (Beob. II, vergl. auch Beob. II der früheren Mittheilung), auch nicht regelmässig so, dass das Wortsinnverständniss sich rascher bessert als die Wortfindung (Beob. III).

3. Bei erhaltenem Wortsinnverständniss kann trotz fehlender motorischer Störung das Nachsprechen gestört sein (Beob. I, II).

4. Die Leitungsaphasie im Sinne Wernicke's ist als kli-

1) Freud, Zur Auffassung der Aphasien. Leipzig und Wien. 1891. S. 64.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nisch nachgewiesener Complex anzuerkennen (Beob. I, vergl. Fall Kleist).

5. Nicht nur in Fällen, wo mit Verständniss nachgesprochen wird (Beob. I), sondern auch in solchen, wo ohne Rücksicht auf das Verständniss „auf Anhieb" nachgesprochewird (Beob. II, IV), erfolgt das Nachsprechen unverstandener Fremdworte resp. sinnloser Buchstabencombinationen sehr häufig schlechter, als beim Gesunden und auch schlechter als das Nachsprechen geläufiger Worte beim gleichen Kranken.

6. Auch wo das Sprachverständniss erheblich gestört ist und das Nachsprechen nicht nachweislich mit Verständniss geschieht, können beim Nachsprechen vorzugsweise die Kategorien von Worten Schwierigkeiten machen, die erfahrungsgemäss auch bei der Wortfindung dazu am meisten Anlass zu geben pflegen (Beob. II, IV).

7. Beim Nachsprechen können, sofern das Sprachverständniss erhalten ist (Beob. I cfr. Fall Kleist) aber auch in Fällen, die erhaltenes Sprachverständniss nicht nachweisen lassen (Beob. V und Fall Goldstein) verbale Paraphasien auftreten, die den Fehlern bei Benennungsversuchen sensorisch resp. amnestisch Aphasischer analog sind.

8. Ausnahmsweise können auch bei intactem Hörvermögen beim Nachsprechen analoge Fehler auftreten, wie sonst bei Schwerhörigen (Beob. IV).

9. Die Störung des Nachsprechens kann sich am intensivsten bei kleinen Sätzchen bemerklich machen (Beob. I).

10. Wortsinnverständniss und Satzsinnverständniss können in verschieden schwerem Grade und in wechselndem Verhältniss gestört sein (Beob. I. IV und II. III).

11. Auch wo über die Störung des Wortsinnverständnisses hinaus eine Störung des Wortklangverständnisses anzunehmen ist, kann noch ein gewisses Maass von Verständniss für das Fremdartige ungewohnter Combinationen bestehen (Beob. IV).

12. Zahlen können nicht nur beim Lesen und Schreiben, sondern auch bezüglich des Verstehens, Nachsprechens und der Wortfindung gegenüber Gegenstandsbezeichnungen resp. Buchstaben begünstigt sein (Beob. III, IV, V).

Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XXI.

Aus der Königl. Universitäts-Klinik und Poliklinik für psychiatrische und Nervenkrankheiten in Göttingen (Director Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Cramer).

Jugendirresein.

Von

Dr. **Rizor,**

jetzigem Abtheilungsarzt der Provinzial-Heil-Anstalt Münster i./W.

Kahlbaum war der Erste, der unter den Paraphrenien d. h. den Krankheiten, die im Anschluss an eine physiologische Entwicklungsphase auftreten, neben der Paraphrenia senilis die Paraphrenia hebetica oder Hebephrenia als die auf Grund des Pubertätsprocesses sich entwickelnde Psychose aufgestellt hat. Ihr klinisches Bild hat sein Schüler Hecker (1871), dem sich dann Ball, Christian u. A. anschlossen, skizzirt. Wie wenig präcis es aber gekennzeichnet war, beweisen die damals angeführten procentualen Angaben über die Häufigkeit derselben, die zwischen 0,3 und 3,0 pCt. schwanken (Daraskiewicz). Bei der genauen Sichtung der von Kahlbaum beobachteten Fälle von Hebephrenie ergaben sich bald auch 2 Reihen; die Fälle der einen verliefen mehr stürmischer und endeten frühzeitig mit geistigem Verfall: die eigentliche Hebephrenie; die Fälle der zweiten Reihe verliefen gleichmässiger, verfielen im Allgemeinen nicht in Verwirrung und Schwachsinn und waren meist heilbar; die zweite Form schlug Kahlbaum vor, Heboidophrenie oder Heboid zu bezeichnen.

Während in dieser Zeit und in der folgenden Periode vor allen Dingen auf die Zustandsbilder bei der betreffenden Erkrankung der grösste Werth gelegt wurde, war es zuerst Kraepelin, der den Verlauf der Fälle in Betracht zog. Er kam zu dem Schluss, dass den meisten Fällen ein Schwächezustand eigen ist, der im Vergleich zu anderen Psychosen insofern eine wesentliche Bedeutung habe, als er primär ist. Er zog aus seinen Beobachtungen vor allem die Schlüsse,

Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

dass Besonnenheit und Orientirung lange erhalten bleiben, das Gedächtniss wenig leidet, das Gemüth eine gewisse Stumpfheit oder Reizbarkeit zeigt, dass sich zwischen Gefühl und Verstandesleben eine Lockerung entwickelt (Scholz), dass die betreffenden Individuen auf Grund von Verlust der Aufmerksamkeit unfähig werden, sich geordnet zu benehmen, auszudrücken, zu denken, zu fühlen und so den eigenen Antrieb zur Thätigkeit verlieren, mithin die erste und grösste Schädigung in ihrer Willens- und Urtheilskraft erleiden, also ihre Selbständigkeit einbüssen. Der endgültige Schwächezustand ist verschieden: leichte und schwere Verblödung: nur 13 pCt. genesen anscheinend (Kraepelin); und auch da ist die Heilung noch sehr zweifelhaft; denn meist waren es bei der zurückgebliebenen verringerten Widerstandsfähigkeit nur Remissionen.

Während also die anderen Autoren bei der Behandlung der Psychosenfrage darin geradezu eiferten, auf einzelne Symptome, sei es des Gemüths, ob sich z. B. gewöhnlich eine Depression einstelle (Kemmler) oder sei es der motorischen Sphäre, war es eben, wie gesagt, Kraepelin's Verdienst, die verschiedensten Fälle trotz ihrer ganz differenten Zustandsbilder zu einer Krankheitsgruppe vereint zu haben und zwar auf Kosten der Katatonie, Paranoia etc.; er wählte den von den Franzosen eingeführten Namen Dementia praecox nur mit Rücksicht auf den fast immer und dann primär auftretenden geistigen Schwächezustand. Er zweifelte trotz der ungeheuren Fülle von Verlaufsmöglichkeiten nicht an der Einheitlichkeit der Krankheitsfälle, ebenso wie man ja auch an der Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen der progressiven Paralyse keinen Anstoss nimmt. Er wies sogar direct auf die Analogie mit der progressiven Paralyse hin und zwar in Bezug auf die Verschiedenartigkeit der Symptomencomplexe, die Remissionsfähigkeit, die Gleichartigkeit der Prognose.

Seine weiteren Beobachtungen führten ihn dazu, seine allererste Dementia praecox-Gruppe, seine Dementia paranoides- und Katatonie-Gruppen mit einander zu vereinen, weil sie alle das Wichtige, worauf nach seiner Meinung der meiste Werth zu legen ist, gemein haben, nämlich, dass sie einen eigenartigen Verblödungsprocess bilden, eigenartig, weil der geistige Schwächezustand bald früh, bald etwas später, doch verhältnissmässig sehr bald eintritt und weil er zeitlich im krassen Gegensatz zur Verblödung der Rückbildungsjahre im jugendlichen Alter auftritt; er theilte seine Dementia praecox in hebephrene, katatone und paranoide Form ein.

Was nicht ausbleiben konnte, kam: die Dementia praecox-Gruppe nahm mehr und mehr zu; wuchs die Paranoia-Gruppe vorher in dem Umfange, dass sie 80 pCt. aller Psychosen ausmachte, entfielen jetzt die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

80 pCt. auf die Dementia praecox. Kraepelin nennt dies Moment kürzlich selbst eine „Umschmelzung von einem grossen Topf in einen anderen." „Schon die Bezeichnung selbst trägt den Stempel des Nothbehelfes, der einem bestimmten Abschnitt unserer klinischen Entwickelung entsprungen ist" (Kraepelin). Vielseitig wird sogar gegen die Kraepelin'sche Lehre Front gemacht (Anton, Marandon, Moravcsik, Régis, Serbsky, Smith, Stransky, Ilberg), zumal es auch selten ist, ganz reine und isolirte Fälle zu beobachten, denn gewöhnlich hat man gemischte Typen (Bernstein, Mucha, Meens).

Leider können wir hier aber weder auf dem Wege der Aetiologie noch der pathologischen Anatomie weiter arbeiten: „Wir kennen die Ursachen des Leidens durchaus nicht und auch das krankhafte Rindengebiet gestattet uns noch keine sichere Diagnose. Gerade darum fehlen uns noch alle zuverlässigen Anhaltspunkte dafür, wo wir bei der Dementia praecox den Hebel anzusetzen hätten, um die schier unübersehbare Masse von Formen in natürliche Gruppen zu zerlegen. Dass unsere bisherige Eintheilung in einfache, hebephrene, paranoide, katatone Formen den Kern der Sache nicht trifft, ist mir nicht zweifelhaft." So äusserte sich neulich noch kürzlich Kraepelin.

Soviel kann man aber wohl mit gewissem Recht und mit vollkommener Berücksichtigung der Anatomie behaupten, dass es nicht nur berechtigt, sondern sogar erforderlich ist, die juvenilen Irreseinsformen zusammenzufassen. Denn es liegt doch klar auf der Hand, dass ein unfertiges Organ nicht nur leichter erkranken kann, sondern seine Erkrankung auch andere Erscheinungen und einen anderen Verlauf darbieten muss, wie die eines vollkommen entwickelten Organs. „Je jugendlicher die befallene Person, je grösser darnach die Zahl der klinischen Möglichkeiten, um so schwieriger, um so wichtiger für das ganze Leben wird die Prognose" (Trömmer). Und so wollen auch verschiedene Autoren (z. B. Pick, Vallon, Colni) die Dementia praecox nur, resp. mehr wie bisher, auf die jugendlichen Fälle ausgedehnt wissen. Ganz besonders treten für die Pubertät als das wichtige Moment ein: Finzis Vedrani, Malschin, Marro, Mairet, Mucha, resp. konnten sie feststellen, dass der Beginn stets in die Pubertät zurückreichte (Elmiger, Frick, Ilberg, Rienecker).

Die Pubertät spielt eben eine überaus wichtige Rolle. Schon allein wie wesentlich sind zu dieser Zeit die Veränderungen des Körpers im Allgemeinen: die Geschlechtsreife, das excessive Wachsthum des Körpers, die Vergrösserungen bestimmter Organe auf der einen, Verödung oder Verkleinerung auf der anderen Seite, Auftreten gewisser secundärer

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Geschlechtscharaktere, Veränderung der Stimme, Vergrösserung der Muskulatur beim Mann, Entwickelung der Brust bei der Frau u. s. w.

Wie wichtig sind aber erst die Veränderungen im Gehirn, denn seine Entwickelung erreicht zu dieser Zeit in den feineren Elementen ihren Abschluss. Betrachten wir zuerst das Gewicht des Gehirns: nach Marchand nimmt es in den Kinder- und Jugendjahren, also bis ungefähr zum zwanzigsten Jahre, ständig zu. Erst von dem Lebensabschnitt an bleibt es stationär. Dass das Gewicht des Gehirns eine wesentliche Rolle spielt hat erst jetzt wieder Vogt in seiner Abhandlung über Organgewichte von Idioten bewiesen, indem er, besonders die Breite der Häufigkeit (Ziehen) in Betracht ziehend, feststellte, dass fast alle Idioten eine Herabsetzung des Hirngewichtswerthes zeigen.

In mikroskopischer Hinsicht hat Kaes bekanntlich gefunden, dass der Faserreichthum des Gehirns sogar bis zum 40. Lebensjahre zunimmt und dass dann allmälig ein Ruhepunkt in der Entwickelung einzutreten scheint.

Am meisten springen für die Wichtigkeit der Pubertät die klinischen Symptome in's Auge; man muss sich nur klar machen, wie der geistige Zustand vor, in und nach der Pubertät ist.

Vor der Pubertät haben wir ein Individuum vor uns, dass noch nicht in abstracten Vorstellungen denken kann; seine Gedankenreihen sind kurz; es setzt dieselben rasch in die That um; Hemmungen und Ueberlegung sind nicht zu finden; man kann sagen, sein Handeln ist triebartig. Mit einem Wort: „Vor der Pubertät ist der Mensch ein kurzsichtiger urtheilsloser Egoist ohne Altruismus und ethisches Vorstellungsvermögen“ (Cramer).

Wie zeigt er sich in der Pubertät, in der Zeit, die der Laie Backfisch- oder Flegeljahre nennt?

Er wird sich seiner Person so recht bewusst, überschätzt seinen Werth und seine Leistungen und sucht den Mangel an innerem Werth durch Aeusserlichkeiten zu verdecken. Kritik kennt er nur anderen gegenüber, nicht bei sich selbst. Aber die altruistischen Gefühle werden in ihm wach; er schliesst Freundschaften. Mit der Zeit wird er sich auch darüber klar, dass er Pflichten hat, Pflichten gegen Lehrer, Angehörige, seinen Nächsten und gegen sein Vaterland. Es erwacht in ihm das Verständniss für die hohen Ideale, der Ethik und des Christenthums. Bei allem zeigt er jedoch übertriebenen Affect und schlägt leicht in Extreme um. Er findet allmählich Freude an der Arbeit, jetzt, wo er zum selbstständigen Denken fähig ist. Allerdings hat er hauptsächlich an hochtönenden Phrasen, Schlagworten und Gemeinplätzen Gefallen. Neben

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der starken Selbstüberschätzung zeigt er grossen Mangel an Selbstkritik und eine gewisse Oberflächlichkeit.

Langsam entwickeln sich dann so „ein selbstständiges, ruhiges Denken, ein klares Urtheil über die Bedeutung der eigenen Persönlichkeit in ihrer Beziehung zur Aussenwelt, Selbstbeherrschung und höhere ethische Vorstellungen“ (Cramer.). Er erlangt mit Abschluss der Pubertät soviel Wissen und Können, dass er sich in seinem Kreis im Leben behaupten kann!

In dieser so bedeutungsvollen Periode ist aber der Geisteszustand so ausserordentlich schwankend und labil, dass schon ein geringer Anstoss das Gleichgewicht stört. „Das in der Entwicklung begriffene Gehirn gleicht geradezu einem Entzündungszustande“ (Anton).

Unterlassene Ruhepausen können dann zur blossen geistigen Erschöpfung führen, die Aufmerksamkeit lässt nach; Interessenlosigkeit, Unlust, Angstgefühl, auffälliger Wechsel der Stimmungslagen, Auftreten bizarrer Neigungen, Fragesucht (Anton). Doch bei genügender Ruhe erholen sich die Individuen gewöhnlich schnell.

Bei der enormen Labilität des Geisteszustandes ist auch die Gefahr eines Stillstandes der geistigen Entwicklung sehr gross. Es braucht sich dabei noch nicht jedesmal um den Stillstand sämmtlicher Fähigkeiten zu handeln. Nur einzelne Fähigkeiten bleiben in der Entwicklung zurück. Wie leicht kann es da also zu einer unharmonischen Ausbildung derselben kommen: von leichten Graden wie Labilität der Stimmung oder Zwangsvorstellungen oder Mangel an Begriffen von Treue, Pflicht etc., kurz, Symptome wie man sie so Allgemein bei den sogenannten Dégénérés supérieurs findet, bis zum schwersten Grade des allgemeinen Stillstandes.

Die Pubertät begünstigt dann auch das Auftreten bestimmter Psychosen, und noch weiter, sie modificirt sogar ihren Verlauf und ihre Symptome in bestimmter Weise (Ziehen's hebephrene Modification). Die wichtigste Modification ist dann: Gesteigerte Labilität der Affectstörungen, Incongruenz der mimischen Reaction und der Affectstörungen, Incohärenz des normalen Vorstellungsablaufs und Wahnbildung, Neigung zu mimischen, verbalen u. s. w. Stereotypien, unlogischer, alberner zum Theil phantastischer Inhalt der Wahnideen. Dabei zeigen sie dann noch Tendenz zu periodischem resp. circulärem Verlauf einerseits und Gefahr zu progressiver Demenz anderseits. Die Psychosen müssen also anders wie solche, die auf dem Boden eines fertigen Gehirns sich entwickeln, verlaufen und verlaufen auch wirklich anders; Krankheitsbilder bei gleichzeitiger Erkrankung von Familien-Angehörigen, wie z. B. Mutter (erwachsen) und Tochter (jugendlich) wie man sie in der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Litteratur (Vizoureux) fanden, bestätigen dies völlig. Und hinterher treten oft nicht Defecte des Intellects, des Gedächtnisses etc. auf, sondern es bleiben oft moralische Defecte zurück. Auch bei einem blossen Stillstand des Gehirns ohne Psychose fallen die moralischen Defecte oft am meisten in's Auge (sogen. Moral insanity); gewöhnlich sind intellectuelle Defecte daneben auch vorhanden.

Fälle mit einfachem Stillstand, wo die moralische Seite weniger betroffen ist — Trömner nennt sie „Verblödung ohne Sang und Klang" — kommen seltener in die Anstalt, aber sie bilden als die Crux der Angehörigen oft reichliches Material für die Sprechstunden eines Neurologen.

In den Fällen, wo in der Pubertät ein Stillstand der geistigen Entwicklung eintritt, ohne dass es zu einer Psychose kommt, kann man aber eigentlich von einem Verblödungsprozess, wie mit der Bezeichnung Dementia praecox gemeint und ausgedrückt ist, noch nicht sprechen. In anderen Fällen, wo eine Psychose auftritt, kommen ja auch wirklich Heilungen vor (Du Pré, Sachs u. a.). Auch wir können uns der jetzt wieder von Pfersdorff neu vertretenen Ansicht nicht anschliessen, dass es bei der Dementia nur Remissionen und keine Heilungen giebt.

In beiden Fällen präjudicirt der Name Dementia praecox dann zuviel (Kreuser), ebenso, wie in dem Fall, wo beim Abklingen und schliesslichen Ende der Psychose nicht ein Defect im Sinne eines Ausfallssymptoms, sondern nur eine Schädigung im Sinne der Hemmung insoweit eintritt, dass das Individuum sich von nun an nicht mehr geistig weiter entwickelt, also ein unfertiges Gehirn behält, also nicht das leisten kann, was von einem normalen ausgewachsenen Gehirn verlangt wird (Mairet, Masselon, Conolly).

In dem Sinn möchte ich Kraepelin durchaus zustimmen, der in seinem auf der vorjährigen Versammlung Bayrischer Irrenärzte in München gehaltenen Vortrage sich dahin aussprach, dass es „nur auf die Art des Endzustandes, nicht auf dessen gradweise Abstufungen" ankomme. Wichtig ist nur die bestimmte Eigenthümlichkeit des durch den Krankheitsvorgang erzeugten Siechthums, also in diesem Fall, ob der geistige Defect ein Stillstand oder ein Rückgang, ein Ausfall ist.

Unter diesen Gesichtspunkten entwickelte Cramer auf der Versammlung der Irrenärzte der Provinzen Hannover und Westfalen in Hannover 6. Mai 1905 seine Ansichten über die sogenannte Dementia praecox-Lehre. Indem er Kraepelin's Gruppe zum Theil erweitert, aber doch wieder ihre Grenzen enger zieht, schlägt er den Namen „Jugendirresein" vor, um damit das Endresultat der Erkrankung offen zu lassen. Nach seinen Erfahrungen müsse man in Rücksicht auf Ge-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nese, Zustandsbilder, Verlaufsart und auch Prognose bei dem Jugendirresein wieder verschiedene Krankheitsgruppen von einander trennen und zwar folgende vier Unterformen:

1. Stillstand der geistigen Entwickelung als vorzeitiger Abschluss in der Pubertät; in diesen Fällen bisher gute Entwickelung der geistigen Fähigkeiten; dann Stillstand ohne irgend welchen Verlust des bisher erworbenen geistigen Kapitals und ohne Begleitung anderweitiger Symptome. Diese Art der Erkrankung kann in jedem Moment der Pubertät einsetzen; es treten aber keine psychotischen Symptome auf.

2. Als zweite Form führte er Fälle an, in denen man im Pubertätsalter eine ausgesprochene Psychose irgend welcher Art zur Entwickelung und zur völligen Ausheilung hat kommen sehen. Entsprechend der noch unfertigen Entwickelung der ganzen Psyche verlaufen diese Psychosen etwas anders als die, die auf dem Boden eines ausgewachsenen Gehirns sich entwickeln, sie tragen bekannte, eigenartige Züge an sich. Die Psychose kann, wie gesagt, ausheilen, sie kann aber auch zum Stillstand der geistigen Entwickelung führen.

3. Die dritte Gruppe umfasst Fälle, die in mehreren Schüben verlaufen; ihre Prognose ist absolut ungünstig. Hier handelt es sich nicht nur um einen Stillstand der geistigen Entwickelung, sondern auch um einen Verlust des bisher erworbenen Kapitals. Die Kranken erleiden nach jeder Attaque einen weiteren geistigen Defect, bis das Stadium der völligen Verblödung, die aber sicher eintritt, erreicht ist. In den attaquefreien Zeiten treten die psychotischen Symptome zurück.

4. Als vierte Gruppe stellt er Fälle hin, in denen man die geistige Erkrankung nach verhältnissmässig kurzem Verlauf zur absoluten Verblödung führen sieht.

Die dritte und vierte Gruppe entsprechen besonders der hebephrenen Form der Dementia praecox von Kraepelin und hier findet man auch öfter katatone Symptome.

Als letzte Gruppe erwähnte Cramer dann noch Fälle, bei denen ein von vornherein untaugliches Gehirn (leichte Imbecillität) in der Pubertät acute und psychotische Symptome und dann rasche Verblödung aufweist. In den Fällen ist man bei nicht genügender Kenntniss der Anamnese leicht geneigt, anzunehmen, dass die Psychose als solche zur Verblödung geführt hat. In Wirklichkeit war aber schon ein invalides Gehirn vorhanden.

Unter den Gesichtspunkten dieses neuen Eintheilungsprincipes habe ich jugendliche Fälle der letzten 10 Jahre der Göttinger Klinik genau geprüft, vor allem die, wo es mir gelang, durch ausgiebige Erkundigungen an den zuständigen Stellen und ausführliche Nachrichten den Verlauf

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und das Ende der betreffenden Erkrankung ausserhalb der Anstalt zu erfahren, also katamnestisch zu erforschen. Ueber die allgemeinen und besonderen Schlüsse, die ich daraus ziehen zu dürfen glaubte, werde ich mich später verbreiten; ich möchte hier zunächst die betreffenden Krankengeschichten in kurzen Zügen mit den Auskünften, geordnet nach dem vorher erwähnten Eintheilungsprincip, wiedergeben und auf einzelne Fälle eventuell genauer eingehen.

Theil I.

Stillstand der geistigen Entwickelung als vorzeitiger Abschluss in der Pubertät.

Fall 1. P. G., 19 Jahre alt. Schüler, 12. August 1903. — x.

Ca. und Tbc. in der Ascendenz. Als Kind nervös. Mit Beginn der Pubertät moralische Defecte. Criminell. Gleichgültigkeit. Hang zu Aeusserlichkeiten. Mangel an Aufmerksamkeit, Affect, Initiative und Urtheil auf Grund fehlender Begriffe.

Der Vater des Patienten ist an Phthise, die Mutter an Ca. gestorben; Ca. und Phthise sind öfter in der Familie vorgekommen. Gr. war als Kind nervös, zeigte in den späteren Schuljahren wenig Neigung zum Arbeiten, machte seiner Stiefmutter und seinem Vormunde ständig Kummer und Sorge, und da sich auch bald moralische Defecte einstellten, wurde er in einer Erziehungsanstalt untergebracht; er nahm es mit der Wahrheit nicht genau, unterschlug ihm anvertrautes Geld, konnte sich zu nichts aufraffen, lebte planlos in den Tag hinein, machte unsinnige Einkäufe (pro Tag 1200 Mk.), trug als Schüler Abzeichen von studentischen Corporationen, spielte im Hotel den grossen Herrn und contrahirte enorme Schulden; dies gab den Anlass zu seiner Aufnahme in die Klinik.

Was den körperlichen Befund anlangt, so zeigte er typischen weiblichen Habitus (Brüste, Schamhaarbegrenzung, starke Hüften). Psychisch bot er grosse Gleichgültigkeit, er machte sich aus dem Aufenthalt in der Anstalt nichts, liess alles über sich ergehen, zeigte von selbst keinerlei Neigung sich zu beschäftigen, sucht sich ständig von der Arbeit zu drücken und muss immer controllirt werden, damit er nicht alle möglichen Schwindeleien macht. Gegen die Aerzte stets ehrerbietig, sucht er aber die Kranken immer zu necken. Sein albernes, kindisch-läppisches Benehmen steht im krassesten Widerspruch zu seinem eleganten Aeussern und seinem Interesse für Toilette.

Der jetzt neunzehn Jahre alte Patient ist für sein Alter ein eclatantes Beispiel für den geistigen Stillstand: mit Beginn der Pubertät auf die Presse: auch dort scheitert er in Folge seiner absoluten Unfähigkeit, etwas zu thun; er ist für Vorstellungen absolut unzugänglich, es fehlt ihm an intensiver Aufmerksamkeit; er besitzt wohl Beobachtungsgabe zur Genüge, aber vor allem für die Aeusserlichkeiten, speciell der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kleidung: er ist völlig unterrichtet über die neuesten Moden und die Gebräuche der einzelnen Berufsklassen. Aber Aufmerksamkeit im eigentlichen Sinn, die Fähigkeit seine Gedanken auf irgend etwas intensiver zu concentriren, geht ihm völlig ab; dann erscheint ein weiterer Defect auf der Seite der Moral und des Affects. Ganz eingenommen von dem Sinn für Aeusserlichkeiten scheut er keine Mittel und keine Wege, um sich in den Besitz der ihm durchaus nicht zukommenden Dinge zu setzen; er unterschlägt und betrügt wo er kann und dabei in der dummsten und einfältigsten Weise; es fehlt ihm das ganz einfache Urtheil, das ein Mensch in dem Alter haben muss, einmal, dass ihm derlei Dinge nicht zukommen, und zweitens, dass er mit seinen Plänen Fiasco machen muss; er kommt trotz seiner neunzehn Jahre nicht aus den Kinderschuhen heraus; er wiederholt immer wieder dieselben Trics trotz seiner vorhergehenden Misserfolge und seiner verschiedenen Strafen. Dazu das pathologische Lügen: er lügt nicht mit einer gewissen Logik, sondern immer nur mit einem Blick auf seine jeweilige Lage, ohne Rücksicht für die sich aus dieser entspinnenden neuen Verhältnisse; es fehlt ihm auch da jede Uebersicht, jede Fähigkeit, Consequenzen auch nur für die allernächsten Fälle zu ziehen.

Ferner der Mangel an Affect: es ist niemals bei ihm auch nur der geringste Grad von Reue zu sehen; er bleibt jeglichen Vorstellungen und Einwendungen gegenüber kalt und unzugänglich.

So lauten die Urtheile bei der Aufnahme in die Klinik und genau so lauten sie auch heute noch; nicht die geringste Veränderung ist in den 4 Jahren seines Aufenthaltes eingetreten, seine geistigen Fähigkeiten haben nicht die geringsten Fortschritte gemacht. Er lebt planlos in den Tag hinein, hat heute die, morgen jene Pläne; für seine Verfehlungen geht ihm jede Einsicht ab; was aus ihm werden soll, ist ihm gleich, den Ernst des Lebens kennt er nicht. Er ist nicht im Stande, sich über einzelne Begriffe auszulassen, eben weil er keine hat: den Begriff der Pflichttreue, Vaterlandsliebe, Elterntreue u. s. w. kennt er nicht; er hat kein Urtheil über das Verhältniss seiner Person zur Aussenwelt; Bewusstsein von Pflicht und Verantwortlichkeit ist ihm unbekannt.

Zu seinem Sinn für Aeusserlichkeiten, der sich wohl noch mehr gesteigert hat, hat sich mit der Entwickelung der Pubertät noch übergrosse sexuelle Appetenz gesellt: er ist in auffälliger Weise für alles, was in dies Kapitel gehört, sehr empfänglich; seine Unterhaltung mit anderen dreht sich nur um Weiber und Unanständigkeiten.

Wie früher so auch jetzt kein menschliches Gefühl für seine Mutter; er schreibt die rohesten und brutalsten Briefe an sie, behandelt

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie bei ihren Besuchen so schlecht als möglich; Bitten kennt er nicht; nur Forderungen, und zwar meistens unglaubliche, die sich sämmtlich auf seine Toilette beziehen.

Eine Aenderung ist in den Jahren nicht eingetreten und steht wohl auch nicht zu erwarten: er gewinnt nie seine Selbständigkeit; in Folge seines Mangels an jeglichem Urtheil auf Grund fehlender Begriffe wird er im Leben stets Fiasco machen und würde aller Wahrscheinlichkeit nach bei einer eventuellen Entlassung nur wieder criminell werden.

Fall 2: H. W., 20 Jahre alt, Landwirth. 5. Mai 1903 bis 5. October 1903.

Hereditär belastet. Stets gesund. In der Schule intelligent. Mit 18 Jahren unstetes Wesen, moralische Defecte. Fiasco in verschiedenen Berufen. Criminell. Sinn für Aeusserlichkeiten. Initiative und Affect mangelhaft. Begriffe von Treue, Altruismus etc. fehlen. Urtheils- und Kritiklosigkeit. Nach der Entlassung wieder criminell.

Dieser Fall zeigt ein Individuum, wo sich der geistige Stillstand nicht zu Beginn, sondern mehr gegen Ende der Pubertät geltend gemacht hat.

Der erblich belastete (V.: leicht erregbar, rührselig, M.: Potatrix und Morphinistin, viele Familienmitglieder Potatoren). H. W. war als Kind immer gesund, kam in der Schule sehr gut voran, galt stets für intelligent. Seit ungefähr 2 Jahren zeigt er mangelhaften moralischen Halt und lässt sich strafwürdige Handlungen zu Schulden kommen, während er vorher stets einen ehrbaren gutmüthigen Charakter gezeigt hatte. Er hat jetzt ein unstetes Wesen und Neigung zum Lügen. Alle möglichen Berufe hat er durchprobirt und ist überall an den Neigungen zu leichtsinnigen Streichen und Schuldenmachen gescheitert und kam so auf criminellem Wege in die Klinik.

Er ist ein mittelgrosser, gutgenährter, kräftig gebauter junger Mann, der ausser geringer Asymmetrie des Schädels, einer niedrigen Stirn, einem breiten steil abfallenden Hinterkopf, spitz nach oben ausgezogenen Ohrmuscheln und angewachsenen Ohrläppchen keine körperlichen Besonderheiten bot.

Das psychische Bild war folgendes: Stets orientirt. Gegen Personal und Aerzte harmlos freundlich, stets lächelnd, scheint aber hinter dem Rücken der Aerzte dumme Streiche treiben zu wollen. Schreibt humorvolle Briefe nach Hause, fasst die ganze Verbringung in die Klinik als einen gelungenen Scherz seines Vaters auf, kommt über Aeusserlichkeiten nicht hinaus, beschäftigt sich mit Mathematikarbeit, bleibt aber nie intensiv bei der Sache. Von seiner Zukunft, seinem Verhältniss zu seinen Eltern, irgend welchen Pflichten, die er zu erfüllen hat, macht er sich anscheinend nur vage Vorstellungen.

Patient wurde ungeheilt entlassen. Im Mai 1904 theilte der Vater mit, dass der Sohn in die alten Verfehlungen zurückgefallen sei, und dass er die Zwecklosigkeit seiner damaligen Entlassung völlig einsähe.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im März 1905 wurde er polizeilicherseits (Bericht der „Leipziger Neuesten Nachrichten) festgenommen, als er auf einer Art Hochzeitsreise sich befand und sich auf alle mögliche Weise Geld zu erschwindeln suchte.

Wir haben also in ihm ein Individuum vor uns, das auf der Schule sogar als intelligent bekannt war. Er machte seine Examina stets pünktlich und gut. Aber was wurde aus ihm im Leben? Nichts! Als Offizier untauglich: schon als Avantageur musste er quittiren, dann Kaufmann; auch hier brach stets sein Sinn für unstetes Wesen und seine Neigung zum Lügen durch: wie Fall I nur Sinn für Aeusserlichkeiten; in seiner Garderobe musste er stets etwas Neues haben, und ging es nicht mit seinem ihm auf ehrliche Weise zur Verfügung stehenden Gelde, dann griff er zum Schuldenmachen, und auch Betrug musste er zur Hand nehmen. Nach dem Kaufmannsberuf versuchte er es mit der Landwirthschaft: in ihr eigentliches Wesen drang er nie ein, daher auch hier kein Erfolg. Nur kriminelle Conflicte durch leichtsinnige Streiche und Schuldenmachen. Er scheiterte überall.

Was zeigt er jetzt? Seine allgemeine Bildung entspricht der eines Schülers, der sein Abiturientenexamen gemacht hat: er hat ein gutes Schulwissen, aber was kann er damit machen, wie verwendet er es? Diese Art der Examina beschränken sich im Wesentlichen nur darauf, das Vorhandensein eines gewissen Quantums von Wissen festzustellen, aber zielen weniger darauf hin, festzustellen, was für ein Grad von Können mit diesem Wissen verbunden ist, was für ein Gebrauch mit diesem Wissen gemacht wird.

Die höchste Aufgabe, welche dem Gehirn gegen Ende der Pubertät gestellt wird, ist die, das richtige Wissen und Können zu erwerben, das einem ermöglicht, ein richtiges Urtheil über das Verhältniss der eigenen Persönlichkeit zur Aussenwelt zu bekommen, sich Begriffe von Pflicht und Verantwortlichkeit zu bilden; das geht dem H. W. völlig ab. Deshalb genügt er in keinem Berufe. Es laufen nur Klagen über seine Führung ein. Von seinem jeweiligen Berufe und dessen Aufgaben hat er nicht die geringste Kenntniss. Zu dem, was er auf der Schule gelernt und gesehen, hat er nichts hinzu gelernt und das, was er von der Schule her kann, kann er nicht anwenden. Sein unstetes Leben ist die Folge und die moralischen Defecte können nicht ausbleiben; er verfällt, um seinen Sinn für Aeusserlichkeiten und sexuelle Freuden befriedigen zu können, auf Lug und Trug. Den besten Beweis geben die Zeitungsnotizen aus den späteren Jahren.

Fall 3. G. S., 21 Jahre alt. Ehefrau. 26. Januar 1901 bis 9. März 1901.

Keine Heredität. Bis Pubertät normal entwickelt. Dann mora-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lische Defecte. Criminell. Völliges Versagen bei Anforderungen an Willenskraft, Urtheil, Pflichtgefühl. Affecte. Keine Selbsständigkeit.

Fall 3 giebt ein Beispiel für das weibliche Geschlecht.

Die erblich nicht belastete G. S. hat sich normal entwickelt und ist stets gesund gewesen. Seit 1897 verheirathet. Ein Kind von $^5/_4$ Jahren. Seit $2^1/_2$ Jahren besteht die Sucht, alle möglichen Toilettengegenstände zu kaufen. So hat sie für mehrere Tausend Mark Seidenstoffe, Hüte u. s. w. gekauft. Die Sachen hat sie nicht getragen, sondern vor ihrem Manne versteckt, zur Bezahlung der Schulden mehrfach das Wirthschaftsgeld unterschlagen und dafür Schulden beim Bäcker und Schlächter gemacht. Gütliche und selbst ernstliche Vorstellungen ohne Eindruck; einige Minuten hinterher sogar völlig vergnügt. Zeitweise redet sie ununterbrochen wie in fieberhafter Aufregung. Sie erklärt dann, sie könne nicht anders.

Sie ist eine grosse, gut genährte Frau mit frischer gesunder Gesichtsfarbe. Körperlich besteht ausser einem sehr hohen und schmalen Schädel, nichts Besonderes.

Psychisch hat man folgenden Eindruck: Stets vergnügtes und zufriedenes Wesen. Stets orientirt. Gelegentlich schnippische und boshafte Bemerkungen über andere Kranken. Ueber die geschäftlichen Verhältnisse ihres Vaters und ihres Mannes kann sie keine Auskunft geben. Sie weiss nur, dass ihr Vater ziemlich wohlhabend ist. Was sie als Mitgift bekam, wieviel ihr Haushalt kostet, weiss sie nicht; ebenso wenig kennt sie die Höhe des ihr ausgesetzten Haushaltsgeldes.

Verlauf. Am 1. April 1901 nach der Entlassung schreibt der Mann, dass der Aufenthalt hier einen guten Einfluss auf seine Frau ausgeübt habe, da sie sich wesentlich intensiver ihren Pflichten als Mutter und Hausfrau unterzieht als früher. Diese Besserung war aber nur eine scheinbare. Nach ganz kurzer Zeit verfiel Patientin wieder in die alten Sünden, wurde wieder criminell. Entmündigung ist in die Wege geleitet. Wiederaufnahme in die Klinik wurde vor nicht allzu langer Zeit erforderlich.

Nehmen wir nochmals alles kurz zusammen: keine Belastung; sie hat sich stets normal entwickelt; zeigte nie irgend welche Symptome der Abnormität und unerwartet kommt ein solcher Status zu Stande. Bald nach der Verheirathung, als sie zeigen soll, dass sie selbständig ist, dass sie den neuen Verhältnissen, die jetzt eine Anforderung an ihre Willenskraft, Schatz an Begriffen, Erfüllung von gewissen Pflichten etc. stellen, gewachsen ist, fällt sie ab. Also gemeinsam mit den früheren Fällen: Fehlen jeglichen Ernstes, Fehlen von Urtheil über Pflichttreue und Obliegenheiten, die sie zur Aussenwelt haben muss; sie kann nicht die Stelle als Mutter, nicht als Gattin vertreten; ihr Sinn ist nur auf Aeusserlichkeiten gerichtet; sie scheut ebenfalls kein Mittel, um ihre Ziele zu erreichen. Schulden und Unterschlagungen blieben nicht aus. Bar aller Einsicht und jedes Affectes. Wie kann

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das auch anders sein, wenn die Urtheilskraft so gering ist, wenn sie noch nicht mal ihre eigenen Verhältnisse kennt, geschweige denn die Pflichten, die ihr im Hausstande erwachsen. Die Folge ist „ein völliges Versagen."

Fall 4. v. R., 30 Jahre alt. Leutnant a. D. 12. April 1905 bis 27. Mai 1905.

Keine Heredität. Bis Pubertät normal entwickelt. Etwas eigenartig. In der Pubertät auffallender Charakter: Geiz, Eitelkeit, Selbstüberschätzung. Oberflächlich. Gleichgültig. Reizbar. Mangel an Affect. Mangelhafte Aufmerksamkeit und Beobachtungsgabe; Fehlen von Altruismus, Ausdauer und Initiative. Mangel an höheren ethischen Gefühlen. Urtheils- und Kritikschwäche. Criminell vor Aufnahme und nach Entlassung. Entmündigung eingeleitet.

Der Fall 4 von R. zeigt ein Bild, wo schon einige Jahre lang ein solcher Stillstand besteht, der in der Pubertät eingesetzt hat, aber erst manifest wurde, als das betreffende Individuum selbständig wurde.

Der angeblich nicht belastete 30jährige v. R., Leutnant a. D., soll sich in der Jugend körperlich gut entwickelt haben. In geistiger Beziehung sei er stets etwas eigenartig, aber gut begabt gewesen. Von anderen Charaktereigenschaften sind seine bis zum Geiz getriebene Sparsamkeit, starker Ehrgeiz und hochgradige Eitelkeit mit der Neigung, seine Fähigkeiten zu überschätzen, hervorzuheben. 1893 trat er als Leutnant ein. 1895 Differenzen mit seinem Commandeur, weil er ein bescholtenes Mädchen heirathen wollte. Auch später mit anderen Vorgesetzten (mehrfach versetzt) Differenzen, er wusste sich nie ein gutes Verhältniss zu seinen Vorgesetzten zu bilden; ständig Conflicte, ständig Unzufriedenheit, ständig Beschwerden über Vorgesetzte. Mehrfach in Anstalten als geisteskrank; verschiedene Diagnosen in den Anstalten: 1. 1895/96 Sargemünd: Schwachsinn auf degenerativer Basis; momentanes Zustandsbild; Manie relativ geheilt. 1899 Regimentsarzt: Querulantenwahn. 2. 1903 Bremen: erbliche intellectuelle und gemüthliche Verblödung und Querulantenwahn. 3. Tournay: Querulantenwahn. 4. Lindenhaus: erhebliche Schwäche des Urtheils und des ethischen Empfindens; Querulantensymptome.

Ist jetzt wieder in Beobachtung zwecks Einleitung seiner Entmündigung. Er ist ein mittelgrosser, kräftig gebauter Mann, Ohrläppchen angewachsen. Augenbrauen zusammengewachsen. Bei lebhaftem Sprechen und in der Erregung unregelmässige Zuckungen der Gesichtsmuskulatur. Gaumen flach. Genitalien auffällig klein. Leichte Andeutung von Plattfuss. Ganz leichter, feinschlägiger Tremor der gespreizten Finger. An zwei Fingern jeder Hand Andeutung von Quinquaud. Er verhält sich während seines Aufenthaltes ruhig und correct. Er ist stets zuvorkommend; von seinen freien Ausgängen kommt er pünktlich zurück. Versuch mit Alkohol ergiebt geringe Intoleranz. Es fällt auf, dass er sich an die jüngeren Patienten anschliesst, denen er durch sein vornehmes Aeussere, durch seine Erzählungen von seinen Erlebnissen,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

besonders mit Weibern zu imponiren versucht. Irgend welches Interesse für eine Beschäftigung ist nicht zu entdecken, über seine Ausgänge kann er nur wenig berichten, bei der Unterhaltung kann man bemerken, dass er über gelesene Sachen gut Auskunft ertheilen kann, aber die eigentlichen Pointe nicht erfasst hat. Wie in seinem Benehmen, so auch in seinen Beobachtungen und Erzählungen oberflächlich und gleichgültig. Er zeigt eine heitere Lebensauffassung; cynisch in seinen Reden und Verhalten. In auffallender Weise fehlen ihm jegliche Zeichen von Anhänglichkeit, Zuneigung, Liebe gegenüber Verwandten und anderen; nirgends wärmerer Affect. Keine Achtung vor irgend welchen Berufsarten, Ständen oder Stellungen.

Reproductionsfähigkeit und Gedächtniss gut. Vorstellungsablauf nicht krankhaft verändert. Ausdrucks- und Darstellungsweise: fliessend, gewandt und anschaulich. Sprechschatz: entspricht Bildung und socialer Stellung. Auffällig ist: mangelhafte Aufmerksamkeit und Beobachtungsgabe. Die unharmonische Ausbildung seiner geistigen Anlagen, die geistige Schwäche zeigt sich vor Allem in der geringen Breite seines Gemüthslebens, in der überaus herabgesetzten Aufmerksamkeit. Gleichgültigkeit gegen Tagesereignisse und alles, was nicht Beziehungen zu seinem persönlichen Vortheil hat oder dazu dienen könnte, sein Behagen im gewöhnlichen Sinne zu vergrössern. Geistige Genüsse höherer Art kennt er nicht; eine hochgradige Interessenlosigkeit an jeder höheren geistigen Thätigkeit. Mangel an höheren ethischen Vorstellungen, die für gewöhnlich bei einem Manne seines Standes, seiner Erziehung und seines Berufes die Richtschnur für das Denken und Wandeln bilden sollen.

Die Folge des geistigen Defects ist ein brutales und rücksichtsloses Denken und Verhalten.

Dieser Mann hat bis vor 10 Jahren keinerlei Abnormität geboten; er entsprach dem Durchschnitt seiner Kameraden und Altersgenossen. Bald fing er aber an, aus der Rolle zu fallen; er war seinem Milieu, den Alters- und Berufsgenossen nicht gewachsen; er hat nicht erreicht, was ein Mann seines Standes, seiner Herkunft und seines Berufes haben muss: vor Allem ein Urtheil über seine Stellung. Immer wieder strauchelte er; es traten in seinem Leben immer allerlei neue Momente auf, die ihn schliesslich aus dem ihm durch Geburt und Erziehung zugewiesenen Berufe und aus einer geordneten Lebensstellung herausgedrängt haben. Bei ihm trübt das Bild leicht der Umstand, dass er im gewissen Sinne sehr schlau und gerissen zu sein scheint; dem ist aber nicht so, dies ist nur der moralische Defect: absolute Rücksichtslosigkeit gegen Verwandte und Vorgesetzte; nur seine Person im Vordergrund; jedes altruistische Gefühl geht ihm ab. Er hat das, was ein Kulturmensch erreichen soll, nicht erreicht: den Sinn für Altruismus, krasser Egoist; aber ein Unterschied gegen die ersten Fälle: weniger grosser intellectueller Defect; er scheut das Gericht und weiss oft die criminellen Klippen gut zu umgehen; aber es fehlt ihm an Ausdauer

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Energie, irgend eine Stellung länger zu behalten, seiner ihm durch seine Geburt überkommenen Stellung fühlt er sich nicht gewachsen; für Arbeiten des minderen Standes fühlt er sich zu stolz; Ursache, Mangel an Einsicht und Ueberlegung, Mangel an Aufmerksamkeit und Mangel an dem für einen Menschen dieses Altersnöthigen Begriff und Vorstellungen, Mangel an Urtheilskraft, der intelectuellen Eigenschaft, die in der geistigen Entwickelung zuletzt erreicht wird.

v. R. entwich aus der Klinik. Nach dem oben geschilderten Zustande war es nicht anders zu erwarten, dass er in der Freiheit sofort wieder Fiasco machen würde. Das blieb auch nicht aus. Einige Wochen später wurde er wieder criminell. Bei einem Rencontre mit der Polizei erschoss er einen Schutzmann. (Zur Zeit Anstalt in Fr.)

Fall 5. W. B., 27 Jahre alt. cand. phil. 18. Februar 1904 bis 22. März 1904.

Keine Heredität. Bis zur Pubertät normale Entwicklung. Versagt auf der Universität. Neurasthenische Beschwerden und hypochondrische Klagen. Aufnahme auf eigenen Wunsch. Aufmerksamkeit und Auffassungsvermögen herabgesetzt. Mangel an Interesse, Energie und Initiative. Labilität der Stimmung. Nach der Entlassung Zustand bis heute derselbe.

Der Fall 5 zeigt, wie eine Neurasthenie fast zur Psychose ausartet, aber doch das typische Bild eines geistigen Stillstandes giebt.

Der erblich nicht belastete W. B. (Vater nervös) hat eine Kindheit und Jugend o. B. Das Gymnasium absolvirte er glatt. Auf der Universität führte er, ganz entgegen seinen bisherigen Anschauungen, und ganz entgegen allen Erwartungen ein planloses Leben; 16 Semester ohne Examen. Wegen neurasthenischer Beschwerden vom Militär nach $^1/_2$ Jahr als Ersatzreservist entlassen. Seit einigen Jahren Selbstvorwürfe, Schlaflosigkeit, Unfähigkeit zur Arbeit, massenhafte hypochondrische Beschwerden. Intoleranz gegen Alkohol. Allerlei Kuren und Narcotica angewandt. Masturbation.

Aufnahme auf eigenen Wunsch. Körperlich: gross, kräftig. Spitzohr; Ohrläppchen angewachsen, Gaumen steil und hoch; Zäpfchen nach links; linker Gaumenbogen bleibt zurück. Tremor manuum. Im Uebrigen normaler Befund sowohl der Organe wie der Innervation. Psych.: Klagt über benommenen Kopf, nervöse Angstanfälle. Als Ursachen führt er einmal an körperliche Ueberanstrengungen zwecks Unterdrückung sexueller Empfindungen und Belästigungen, dann geistige Ueberanstrengung; zu gewissenhafter Schüler, viel Romanlectüre, fortwährend quälendes Bewusstsein, dass die betriebene Onanie die Hauptschuld an der Erkrankung sei; hypochondrische Befürchtungen einer Gemüthskrankheit. Zunehmende Schlaflosigkeit, Abnahme der Energie und Initiative erzeugten bei ihm die Vorstellung, dass die geistigen Kräfte rapide abnähmen, Arbeit wurde ihm schwer, fast unmöglich. Zunehmende deprimirte Verstimmung. Monophobie.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahrelang beschäftigt sich der Kranke mit seinen Klagen. Es fehlt ihm jede Lust und jede Fähigkeit. Müdigkeit; Druck und Hitze im Kopf; Schwindelgefühl, Flimmern vor den Augen. Der Schlaf ist natürlich schlecht. Mit seiner schlaffen, trägen Haltung macht er einen träumerischen, zerstreuten und ängstlichen Eindruck. Objectiv kann man in psychischer Beziehung neben Unaufmerksamkeit und herabgesetztem Auffassungsvermögen eine deutliche Gedächtniss- und Erinnerungsschwäche feststellen. Der Mangel an Interesse und Energie lassen ihn zu nichts kommen; planlos lebt er in den Tag hinein, consultirt bald diesen, bald jenen Arzt; hochgradige Monophobie treibt ihn rastlos weiter.

Dabei ist er frei von jeder Art Beziehungsideen; keine Hallucinationen oder Illusionen. Nur die enorme Labilität der Stimmung und des ganzen psychischen Verhaltens steht im Vordergrund.

Jetzt eingezogene Erkundigungen haben ergeben, dass sich der Zustand in nichts geändert hat, ewige Kuren, ständiges Klagen über seine Gesundheit, das ewige Mitsichbeschäftigen lässt ihn zu einer geistigen Thätigkeit nicht mehr kommen; es fehlte ihm aber dazu auch jegliche Energie und Aufmerksamkeit.

Fall 6: C. D., 31 Jahre alt, Rentier. 15. October 1903—x.

Keine Heredität. Bis Pubertät keine Störung in der Entwicklung. Dann unstetes Verhalten. Interessenlosigkeit. Hat es bis heute zu nichts gebracht. Leicht reizbar und bestimmbar. Mangel an Initiative, Aufmerksamkeit und Ausdauer. Neurasthenische und hypochondrische Beschwerden. Urtheilsschwäche.

Fall 6 betrifft ebenfalls einen sogenannten Neurastheniker.

Der erblich nicht belastete C. D. hat bis zur Pubertät nichts Besonderes und Auffallendes in seiner Entwickelung geboten. Erst dann fiel er auf durch Gleichgültigkeit in seinem Wesen, Interessenlosigkeit, unstetes Verhalten, er fiel seinen Angehörigen ständig zur Last.

Er ist ein mittelgrosser, ziemlich kräftig gebauter, blass aussehender junger Mann. Mässiger Haar- und Bartwuchs. Etwas Spitzohr. Stirn hoch. Im Uebrigen normal.

Sein Wesen zeichnet sich durch stets mürrische und verdrossene Fragen und Antworten aus; er jammert stets, er sei nervös und abgespannt. Drängt immer nach Haus. Ständig unzufrieden. Producirt mündlich und schriftlich in monotoner Weise stets dieselben Klagen. Keine Ausdauer bei der Beschäftigung. Stellt Sinnestäuschungen in Abrede. Keine Wahnideen. — Vorstellungsablauf ohne Störung. Leicht hypochondrische Vorstellungen. Grosse Affectlosigkeit. Keine Ausdauer bei der Arbeit. Etwas apathisch, immer mürrisch, abweisend.

Bei einer ganz oberflächlichen Untersuchung möchte man wohl bei diesem Fall den Eindruck bekommen, dass der Kranke ganz verblödet

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist; auch das Aeussere bestärkt einen in der Ansicht. Dem ist aber nicht so: er besitzt noch einen ziemlich grossen Wissenschatz; nicht nur Schulkenntnisse, sondern auch noch spätere erworbene Anschauungen und Vorstellungen über Kunst und dergleichen, und doch ist ein Defect in der geistigen Leistungsfähigkeit vorhanden: es besteht eine auffällige Gleichgültigkeit und Unaufmerksamkeit. Die Stimmung ist, wie D. selbst angiebt, von jeher leicht deprimirt, misstrauisch, er sei menschenscheu, habe ein unliebenswürdiges, abstossendes Wesen an sich. Daneben fällt eine leichte Reizbarkeit und Bestimmbarkeit, bei der Unterhaltung sogar Rührseligkeit auf. Ausserdem aber eine starke Gleichgültigkeit gegen Fragen, die seine Zukunft, seine Angehörigen und Vermögen betreffen. In seinen mündlichen und schriftlichen Aeusserungen vollziehen sich eine gewisse Monotonie und abgesehen von verdrossenem Wesen grosse Affectlosigkeit, er kann täglich die nämlichen Klagen mit denselben Worten mündlich oder schriftlich vorbringen.

Es bestehen keine Sinnestäuschungen und keine Wahnideen; keine Verfolgungs- oder Ueberschätzungsideen.

Glaubt selbst nicht daran, dass er draussen leben kann. „Er muss noch eine Zeitlang in eine Anstalt und dann auf ein Bureau". Am meisten treten im Vorstellungsinhalt doch hypochondrische Anklänge hervor; „kapute, schlechte Nerven" und dergleichen.

Trotzdem er viel liest und gelesen hat, ist er in der Handhabung und Erklärung abstracter Vorstellungen ungeschickt, beschränkt, weiss immer nur andere Ausdrücke anstatt Erklärungen anzugeben.

Unschlüssig zu jeder Arbeit; er fängt immer wieder tausenderlei an, aber es geht ihm oft so, dass „ihm etwas zu Anfang Spass mache, dann verliere er die Lust dazu"; er kann nicht dabei bleiben, er kann einen Gedanken nicht lange festhalten, ihm fehlt und mangelt es an Aufmerksamkeit.

Eine gewisse Urtheilsschwäche lässt sich deutlich bei ihm nachweisen; vor allem aber steht im Vordergrund die absolute Energielosigkeit, die immer wieder auf seinen hypochondrischen und neurasthenischen Beschwerden deutlich fusst.

Lassen wir diese Fälle schnell noch einmal an uns vorüber gehen, so müssen wir zugeben, dass sie viel Gemeinschaftliches haben und zwar folgende wichtige Merkmale: 1. die Individuen haben sich bis zur Pubertät normal entwickelt; 2. die Erkrankung setzt ein mit der Nichterwerbung oder mangelhaften Erwerbung eines nothwendigen geistigen Kapitals, das heisst, der geistigen Fähigkeiten und Eigenschaften, die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein Individuum in der Pubertät erwerben muss, um sich einige Jahre später im Leben behaupten zu können; 3. Diese Individuen können sich in Folge dessen im Leben, das heisst im Kampf um's Dasein nicht behaupten und machen in Folge dessen Fiasco, der eine früher, der andere später; 4. sie bieten alle 6 keine psychotischen Symptome. Wie ist das zu erklären?

Bei allen Individuen war zu constatiren, dass sie bisher gute Schüler gewesen sind, dass man nie etwas Auffälliges hat an ihnen bemerken können. Bei allen kam ganz unerwartet eine Veränderung in ihrem Verhalten und Wesen. Wie zeigte sich diese nun? Es mangelte bei jedem zunächst an der Aufmerksamkeit; sie beobachteten nicht mehr genügend; sie ermüdeten leicht, sie hatten keine Ausdauer bei geistiger Thätigkeit; es fehlte ihnen an der Regsamkeit, sie empfanden keine Freude mehr daran, zu lernen; sie erwarben in Folge dessen nicht mehr das, was in ihrem Alter erworben werden muss, die Begriffe, die sich in diesen Jahren bilden müssen: dies sind die höherwerthigen Begriffe, die sittlichen, socialen, religiösen und ethischen Begriffe: sie lernen nichts kennen von Pflicht, Verantwortlichkeit, Treue zum Vaterland, zu den Eltern, Freunden etc., Liebe u. s. w.; in Folge dessen haben sie für ihr Handeln und für ihre Affecte keine Barrieren; die sinnlichen Befriedigungen gehen mit ihnen durch; um sich Behagen zu verschaffen, scheuen sie keine Mittel und Wege; es kommen nur nach der Richtung des Schlechten Strebungen auf; der gesteigerte Egoismus zeigt oft trotz des ungeschwächten Denkvermögens und Intellects sogar einseitige Verschärfung in Form egoistischer Schlauheit.

Sie zeigen ihr ganzes Leben hindurch den Mangel an Aufmerksamkeit; es werden daher ihr ganzes Leben hindurch die Eindrücke nur mangelhaft und oberflächlich sein; dieselben werden sich immer sozusagen verwischen. Eine mangelhafte Treue in der Reproduction beruht ebenfalls auf diesem Moment; sie berichten falsch, sie lügen nicht aus Gewohnheit im Sinne der Absicht „und des Vergnügens"; sie berichten „bona fida" und doch immer unrichtig und mangelhaft. Sie unterscheiden nicht zwischen wahren und eingebildeten Bildern. Sie können sich in Folge ihres ständigen Fiaskos im Leben eigentlich nur mit sich selbst beschäftigen. Es fehlt ihnen völlig das Beschämende ihrer Lage, sie kommen sich sogar gross vor; sie beschäftigen sich mit allen möglichen Grössenideen, ohne dabei irgend welche fixe Wahnideen im Sinne eines Systems zu bilden. Schlimmer und ernster ist die Lage, wenn die Kranken es empfinden, wenn die Individuen ihre Unfähigkeit fühlen. Man kann dann sagen: der Process ist ernster und tiefgreifender; die Grenze der Psychose ist nahe und dann auch leicht überschritten.

Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Sie verarbeiten auch nichts mehr; sie haben eine auffallend mangelhafte Ideenverknüpfung. Das, was sie im Leben sehen und erfahren, verwerthen sie nicht mehr, sie benutzen ihre Erfahrungen auch nicht und sie setzen sie nicht um, sie produciren sie nicht mehr. Ihr mangelhaftes Urtheil zeigt sich vor Allem auch in der Beurtheilung ihrer eigenen Person, ihrer Stellung zur Aussenwelt, der Stellung, die sie durch Geburt überkommen haben; sie schränken in Folge dessen ihre Ziele bedeutend ein; es mangelt ihnen an Initiative. Sie nehmen kein Interesse an ihrer Umgebung und ihrem Fortkommen; ihr Blick geht nicht weit in die Zukunft; nur auf den Augenblick sind sie bedacht. Sie sind äusserst leicht bestimmbar, haben keinen ausgeprägten Charakter; sie zeigen keine wahre Selbstständigkeit, kein Selbstbewusstsein, respective ein falsches, ein krankhaft gesteigerte oder auch vermindertes.

Diesem veränderten Selbstbewusstsein, je nachdem sie zugleich ihre Lage empfinden oder nicht empfinden, entspricht auch die Gemüthslage. Sie sind in gewisser Beziehung entweder meist etwas gehobener Stimmung, zeigen im Allgemeinen eine heitere, leichte Lebensauffassung, sind sich ihrer geistigen Schwäche nicht bewusst. Im Gegentheil zeigen sie meist eine gewisse Selbstüberschätzung, suchen durch ihr Aeusseres zu imponiren; aber, wie der Laie richtig sagt, „steckt nichts dahinter"; sie wollen überall den grossen Herrn, den Ersten, spielen; Mittel und Wege dazu sind ihnen gleich, sie werden daher eventuell sogar criminell. Bisher von den Angehörigen nie für krank angesehen, werden sie dann zum Psychiater gebracht und der Tenor des Gutachtens lautet gewöhnlich: es besteht ein leichter Grad von Schwachsinn, aber doch sind sie in gewisser Hinsicht verantwortlich. Sie bilden Jahre lang die Crux der Angehörigen, bis sie schliesslich in die Anstalt kommen und dort als sogenannte „Dégénérés supérieurs" ebenfalls hervorzuragen versuchen. Sich selbst überlassen und unbeachtet, kommen sie dann so recht aus sich heraus, zeigen dann deutlich ihr läppisches, kindisches Verhalten. Da sieht man erst, dass sie wirklich in den Kinderschuhen gelieben sind.

Ein grosser Theil dieser Fälle läuft gewöhnlich unter der Diagnose: „Moral insanity". Es muss in den Fällen genau geforscht werden, ob nicht Mangel an Erziehung und missliche äusserliche Verhältnisse den moralischen Defect verursacht haben, vor Allem aber, ob nicht doch auch ein intellectueller Defect vorhanden ist und dieser wird sich in den allermeisten Fällen nachweisen lassen. Angeborener Defect muss natürlich auch ausgeschlossen werden. Alles dies berücksichtigt, werden die Fälle, die zum Jugendirresein gehören, übrig bleiben.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Neben den Individuen mit der heiteren Gemüthsstimmung findet man auch solche, doch in bedeutend geringerer Anzahl, die deprimirt sind; sie laufen meist unter der Diagnose der Neurastheniker, in schlimmen Fällen der Hypochonder. Sie empfinden ihre wirklich bestehende geistige Verarmung und der Beobachter will sich erst auch noch gar nicht so recht davon überzeugen. Und dieselbe besteht doch. Man wird bei genauer Prüfung Herabsetzung der Aufmerksamkeit, Verarmung an Begriffen, deutliche Urtheilsschwäche feststellen können. Gedächtniss ist dabei ganz intact, ebenso wie die Merkfähigkeit. Subjectiv wird leicht ein Mangel darin empfunden, besteht aber objectiv nicht. Sie zeigen eine absolute Energielosigkeit; in Folge ihres geringen Selbstvertrauens und ihrer geringen Selbstständigkeit, ihres Mangels an Initiative und oft auch Mangels an ethischen Gefühlen sehr grosses Misstrauen gegen ihre Umgebung. Man ist in diesen Fällen anfangs leicht geneigt, auf äussere Momente und Ursachen bei den hypochondrischen Klagen der Patienten zu viel Gewicht zu legen. Wahnideen und Sinnestäuschungen sind nicht vorhanden, wenn man auch gelegentlich darauf Verdacht haben kann, zumal von dem Kranken bei dem mehr und mehr hervortretenden Gefühl der geistigen und körperlichen Unfähigkeit allerlei krankhafte Empfindungen vorgebracht werden. Kraepelin nennt diesen Krankheitsprocess die einfache hypochondrische Verblödung.

Auf den höheren Schulen kann man in den oberen Klassen schon öfter den Beginn derselben sehen; man spricht dann mit einem Mal von Schwachbegabten, die vorher ganz gut oder wenigstens regelmässig „mitkamen." Mit Aufbietung aller Kräfte, durch andauernden Nachhülfeunterricht, durch seelische Reizmittel: Erweckung von Ehrgeiz, Furcht vor Strafe (Benda) geht es dann noch eine Zeit lang; aber bald versagen die Individuen doch ganz. Sie zeigen, dass sie jene Grenze geistigen Lebens erreicht haben, die für sie erreichbar war.

In allen Fällen also besteht jedenfalls ein Manquo in geistiger Beziehung: Schwäche des Urtheils bei gut erhaltenem Gedächtniss, Erhaltensein des früher erworbenen geistigen Kapitals bei Unfähigkeit des Neuerwerbs, gelegentlich gute Einzelkenntnisse bei mangelhafter Verwerthung der Lebenserfahrungen und zwar ist es kein Defect im Sinne eines Verlustes, sondern in dem Sinne, dass etwas nicht erworben ist: Mangel an Zuwachs von geistigem Kapital, von Neuerwerbungen, es ist eine mangelhafte unharmonische Ausbildung der geistigen Anlagen, der Fähigkeiten, die in der Pubertät erworben werden. Bisher haben ihre Fähigkeiten ausgereicht. Bei den in der Pubertät erhöhten Anforderungen von Seiten des Lebens reichen sie nun aber nicht mehr aus. Wo die Individuen in's Leben hinaustreten, beweisen sie ihre Unselbstständig-

Generated on 2019-02-17 16:29 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

keit zur Genüge. Es bewahrheitet sich in den Fällen mal wieder klar, dass das Leben ein feinerer Diagnostiker als die Anstalt ist; was Beruf, Gesellschaft, Familie von ihnen fordert, leisten sie nicht: aus Mangel an Anpassungsfähigkeit, Selbstbewusstsein, Vertrauen und Charakterfestigkeit; stumpf gegen edle Neigungen lernen sie nie den Sinn für Familie, Freundschaft und höhere Lebensinteressen kennen.

Man dann von ihnen nicht behaupten, dass sie in geistiger Beziehung einem Menschen vor der Pubertät entsprechen. Die Hirnentwickelung der Pubertät setzt bei ihnen doch ein, aber sie entwickelt sich nur unvollkommen, bleibt rudimentär, kommt niemals zum normalen Abschluss. Die Individuen erlangen eben nicht soviel Wissen und Können, dass sie sich in ihrem Kreise im Leben behaupten können.

Was wird aus ihnen? Etwas Ordentliches nie! Zunächst kommt es auf den Stand, d. h. auf die socialen Verhältnisse, in denen sie aufgewachsen sind, an. Zunächst die, die den besseren Ständen angehören und eine höhere Schule besuchen, machen unter strenger Controlle auch wohl noch gelegentlich ein Examen und mit Stolz wird dies Factum dann dem Psychiater von den Angehörigen entgegengehalten; da bewahrheitet sich bald darauf aber die alte Erfahrung, dass Examina oft nur ein Prüfstein für ein erworbenes Wissen, aber nicht für die Verwerthung desselben oder mit anderem Worte für das Können sind.

Die Individuen, die den besseren und vermögenden Ständen angehören, probiren darauf alle möglichen Berufe durch: die vom Officir, Jurist, Kaufmann, Landwirth; immer ohne Erfolg, ohne jemals auch nur das eigentlich Wesentliche des betreffenden Berufes zu erfassen; bei ihren Manipulationen erleiden sie gewöhnlich schliesslich Schiffbruch, sie collidiren mit dem Strafgesetzbuch; dann erst werden sie zum Psychiater gebracht.

Die Angehörigen der niederen Stände, die criminell werden, wandern bei Nichtbegutachtung oft ungerecht in's Gefängniss; deren Lebenslauf ist natürlich ganz verdorben: sie geben den grossen Theil der Gewohnheitsverbrecher ab. Werden sie einem Psychiater gezeigt, so kommen sie oft in die Fürsorgeerziehung, vorausgesetzt, dass sie das entsprechende Alter haben; meist sind sie aber doch über die Pubertät und damit über das 21. Jahr hinaus, wenn das Manquo zu Tage tritt.

Bei ihnen ist der Nachweis der nicht angeborenen erworbenen intellectuellen Schwäche Grund und Hauptbedingung. Dies ist für die Prognose sehr wichtig. Denn ist das Zurückbleiben der sittlichen Entwickelung auf Mangel an Erziehung zurückzuführen, so ist der Fall besserungsfähig; die Fälle mit intellectuellem Defect aber nicht. Oder einen grossen Theil trifft man unter dem „wandernden Volk“ an; es

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sind oft auch solche, die sich umhertreiben und schliesslich ganz der Vagabondage anheimfallen.

Sehr oft spielt der geistige Stillstand eine grosse Rolle beim Militär (Meyer, Ilberg), weil psychopathische Individuen im Militärdienst viel eher scheitern, als in der Freiheit des bürgerlichen Lebens (Meyer). Leider wird dann die Erkrankung oft erst zu spät erkannt, nachdem die Soldaten gewöhnlich schon ungerechter Weise in Strafkompagnien oder in's Gefängniss gekommen sind (Schott, Puppe, Meynert); wohl auch besonders in den Fällen der unerwarteten Selbstmorde und vor Allem auch in criminellen Fällen.

Wie gross ist schon normaler Weise in der Pubertät die Gefahr, criminell zu werden. Die leichte Bestimmbarkeit giebt oft den Anlass zu Diebstählen, das Erwachen der sexuellen Appetenz beim männlichen Geschlecht zu Sittlichkeitsverbrechen, bei dem weiblichen Individuum zum Verfall in die Prostitution, das Erwachen der körperlichen Kraft zu Vergehen und Verbrechen gegen die Person (Puppe). Und wie enorm ist erst die Gefahr, wenn zu dieser Zeit die geistige Entwickelung und speciell die Entwickelung des Urtheils, der Vorstellungen und Begriffe über Ethik, Altruismus stehen bleibt?

Um noch einmal zu recapituliren: es besteht bei der ersten Gruppe nicht ein psychischer Defect im Sinne des Verlustes, ein Rückgang der geistigen Fähigkeiten, sondern ein Ausbleiben des geistigen Fortschritts, ein Stillstand der geistigen Entwickelung zur Zeit der Pubertät.

Man muss deshalb in dem Fall die Defecte nicht als Ausfalls-, sondern als Hemmungssymptome ansehen; denn die Symptome betreffen psychische Leistungen und Eigenschaften, die in diesem Alter, also im Lauf der Pubertätszeit, erworben werden.

Zunächst wird mir entgegnet werden: Weshalb werden die Fälle des degenerativen Irreseins mit hineingezogen? sie bieten doch einen so typischen Verlauf! Warum soll diese Diagnose nicht beibehalten werden? Der Name kann ja auch ruhig dafür bleiben und gebraucht werden. Das Wesentliche an dem Krankheitsbild ist der Verlauf: nämlich der, dass die befallenen Individuen nichts werden; sie führen ein unstetes Leben, beginnen dies, beginnen das, sie bringen es zu nichts. Und weshalb nicht? Was ist die Ursache für einen derartigen Verlauf? Ihre Psyche, ihr Gehirn ist mangelhaft ausgebildet, es zeigt eine ausserordentliche geringe Widerstandsfähigkeit; es ermüdet enorm leicht. Sie können sich in Folge der mangelhaften Ausbildung ihrer intellectuellen Fähigkeiten nicht das erforderliche Urtheil bilden, das sie besitzen müssen, um sich ein Bild von richtigen Beziehungen von ihrer Umgebung

Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

zu sich selbst machen zu können, um sich eine Position im Leben zu schaffen, d. h. productiv thätig sein und ihre Stellung behaupten zu können. Das Gehirn ist mangelhaft, einseitig; es kann nichts Genügendes leisten. Es wird aber auch immer so bleiben; die Individuen ändern sich daher auch nicht. Sie kommen mehr und mehr im Lauf der Zeit herunter! In der frühen Jugend berechtigen sie noch zu den besten Hoffnungen. Gewiss ist nicht zu bezweifeln, dass in manchen Fällen Belastung, wohl auch starke, von Seiten der Vorfahren vorliegt, also der Name: „Degenerirt" in den Fällen wohl besser zutrifft; aber wie oft liegt auch keine Belastung vor! Ist auch dann das Wort „Degeneration" im Sinne eines Processes, innerhalb der Generation berechtigt?

Im Sinne Sommer's, der die Degeneration als Bezeichnung des „endogenen Moments" des Processes aufgefasst haben will, lässt sich das degenerative Irrsein am einfachsten als deutlicher Hemmungsprocess erkennen und erklären. Es soll damit nicht gesagt sein, dass die Hemmung oder besser gesagt, der Stillstand der Hirnentwickelung immer ein vollkommener ist, sondern es kann sich eventuell auch nur um eine nicht harmonische Ausbildung handeln, wobei einzelne Functionen, zumal der intellectuellen Seite, durchaus keinen Stillstand in ihrer Entwickelung erlitten zu haben brauchen, im Gegentheil sogar hoch entwickelt sein können.

Der Name „degeneratives" Irresein bezeichnet vorzüglich den Verlauf der Krankheit, trifft aber nicht das Wesentliche, wodurch dieser Verlauf bedingt ist; nämlich dadurch, dass das Gehirn nicht fertig geworden ist in seiner Ausbildung.

Das degenerative Irresein lässt sich von den beschriebenen Fällen noch weiter abgrenzen. Voraussetzung für seine Diagnose ist der Nachweis der Degeneration, der geführt wird durch erbliche Belastung und Degenerationszeichen, insbesondere auf psychischem Gebiet. Nur eine Häufung dieser Symptome erlaubt die Bezeichnung „Degeneration". Erst hierauf baut sich das Irresein auf, dessen charakteristische Züge die Unberechenbarkeit des Verlaufs, die Vielgestaltigkeit der Symptome, das plötzliche Einsetzen und Wiederverschwinden sind. Aber es braucht nicht dauernden Defect einzelner psychischer Leistungen zu zeigen, gleichgültig, ob dieser Defect durch Nichtausbildung oder durch Verlust entstanden ist.

Das ist aber bei den Fällen des Jugendirreseins von Wichtigkeit und dadurch lassen sie sich noch schärfer vom degenerativen Irresein abgrenzen. Also: nicht alle Psychosen der Degenerirten sind „degeneratives Irresein", sondern nur die mit charakteristischem Verlauf. Auch die Prognose ist anders: das degenerative Irresein kann heilen; es bleibt

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dann nur die degenerative Grundlage, aber keine Psychose bis eine neue Attaque kommt. Die degenerative Grundlage ist aber kein Ausfall. Bei der Gruppe I ist immer ein Ausfall durch Nichtausbildung da.

Von anderen Autoren würden die Fälle anders bezeichnet werden; Kraepelin würde diesen oder jenen in seine Gruppe der Haltlosen, der krankhaften Lügner und Schwindler, der Nervosität, der constitutiuellen Verstimmung rechnen. Das würde nach meiner Meinung wieder sehr symptomatisch klingen, was vermieden werden soll.

Andere würden entgegnen: Was bleibt da noch für die Rubrik „Moral insanity" übrig? Zunächst giebt es überhaupt keine reine Moral insanity, dann gehören auch nicht alle Fälle in die oben angeführte Gruppe des geistigen Stillstandes; die sog. „Moral insanity" hat ganz verschiedene Ursachen; es können Fälle von Imbecillität oder einem geistigen Stillstand in der Pubertät oder Fälle im Sinne eines Erziehungsdefectes sein. Schon Binswanger hat darauf gedrungen, den Ausdruck „Moral insanity" ganz zu meiden und alle erworbenen moralischen Irreseinsbilder einfach auf die Grundursachen zurückzuführen und sie nach Krankheitsformen, denen sie zugehören, zu benennen. Auch Möller, Cramer, Näcke haben dies verschiedentlich betont. Fälle im Sinne einer Imbecillität oder eines Erziehungsdefectes gehören hier nicht hinein. Nur die Fälle sind gemeint, bei denen die ersten Momente sicher ausgeschaltet sind. Liegt Imbecillität vor, so sind die Kinder schon vor der Pubertät abnorm gewesen, man muss sich nur genau erkundigen, muss Urtheil der Lehrer und fremder Personen hören, nicht nur die Ansichten der Eltern, die wohl zu leicht geneigt sind, eine acute Erkrankung, einen plötzlichen Anfang anzunehmen. Es werden sich neben dem ethischen Defect auch in den früheren Jahren Defecte der Aufmerksamkeit, Auffälligkeit der Handlungsweisen, kurz auffallende Abweichung von dem Wesen und Verhalten der anderen Kinder in dem gleichen Alter nachweisen lassen, wenn die ganze Lebensführung genau untersucht wird.

Auch Erziehungsdefecte müssen sorgfältig ausgeschaltet werden, denn es ist klar ohne Zweifel, dass „schlechte Erziehung, mangelhafter Schulbesuch, andauernde Entbehrung geistiger Anregung, schlechte Ernährung, unregelmässiges Leben" (Bonhoeffer) hochgradige Defecte des Wissens und eine im Ganzen ausschliesslich egoistische, moralische, tiefstehende Denkrichtung erzeugen können (Tuczek).

Der Unterschied gegen unsere Fälle — und das ist das Wichtigste — ist das, dass die sog. Moral insanity auf Basis des Erziehungsdefectes besserungsfähig ist, die zur Gruppe I gehörigen Fälle aber nicht. Selbst die beste Erziehung und ärztliche Aufsicht und Beobachtung macht sie

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht gesund, wohl für diese oder jene Beschäftigung bei genauer Berücksichtigung der krankhaften Symptome noch brauchbar; diese verschwinden aber nicht.

Eine andere Einwendung könnte noch gemacht werden: Warum sind das nicht Fälle, die zur Imbecillität gehören? Gewiss, es sind eigentlich auch solche Fälle, aber man müsste sagen Imbecillität der Pubertätsperiode, um verstehen zu geben, dass der Stillstand erst in dieser Zeit aufgetreten ist. Es ist aber der gleiche Process, den man sonst gewöhnlich unter Imbecillität versteht, nur in einem späteren Lebensalter. Differentialdiagnostisch gegen angeborenen Schwachsinn muss hervorgehoben werden, dass bei der Entwickelungshemmung in der Pubertät niemals leiden die sogenannten niederen Functionen: die Orientirung über Zeit, Raum und Umgebung, das Gedächtniss und die Fähigkeit, mechanische Arbeiten zu leisten, also nur die höheren geistigen Functionen eine Einbusse oder richtiger gesagt: eine Nichtvervollkommung erleiden.

Differentialdiagnostisch kommt vor Allem noch die chronische nervöse Erschöpfung in Betracht. Die wesentlichsten Unterschiede sind einmal, dass die chronische nervöse Erschöpfung eine äussere Ursache hat, meistens Ueberarbeitung und Ueberanstrengung oder sexuelle Ausschweifungen und zweitens, dass nach entsprechenden Ruhepausen völlige Erholung und Heilung eintritt. Immerhin sind auch solche Fälle nicht zu leicht zu nehmen, aber vor Allem muss man sich sehr vorsehen, dass nicht unter zu grosser Berücksichtigung der äusseren Momente, die stets sofort als Ursache angegeben werden, gewisse wirklich womöglich schon vorhandene intellectuelle Defecte als geistige Interessenlosigkeit und mangelnde Initiative, kurz eine gewisse geistige Stumpfheit nicht beachtet werden, somit der Beginn des geistigen Stillstandes ausser Acht gelassen wird.

Auch an eine beginnende Hypochondrie wäre zu denken. Aber die Hypochondrie ist, wie Wollenberg erst kürzlich in einem umfangreichen Referat festgestellt hat, nicht eine Krankheit sui generis, sondern hat nur eine symptomatische Bedeutung.

Ein Moment ist noch hervorzuheben, das ist bei allen diesen Individuen die eklatant vorhandene Intoleranz gegen Alkohol. Bei einzelnen eben angeführten Kranken wurde direct der Versuch mit grösseren Alkoholgaben gemacht und stets der gleiche Erfolg; auch immer somatisch nachzuweisen träge Reactionen der Pupillen und träges oder aufgehobenes Kniephänomen; beides Symptome, die für eine Schädigung des Centralnervensystems in Folge der geringen Widerstandsfähigkeit sprechen. Ein zweites Moment ist die enorm starke sexuelle Appetenz,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wenn auch damit noch nicht gesagt sein soll, dass sie auf normale Weise befriedigt wird.

Nochmals eng zusammengefasst, es handelt sich in diesen Fällen um einen Stillstand der geistigen Entwickelung. Da der geistigen Erkrankung in der Pubertät oft eine Hysterie, Neurasthenie oder Hypochondrie vorangeht (Pick, Jastrowitz, Desci, Anton), so kann bei einer Charakterveränderung eines Individuums in der Pubertät nicht genügend zur Vorsicht gewarnt werden. Gewöhnlich sind genannte Erkrankungen in den Fällen garnicht Krankheiten per se, sondern sozusagen das echte Symptom der viel schwereren Affection, der Minderung der Intelligenz. Für den Laien wichtig die Charakterveränderung: gewöhnlich das Gegentheil wie bisher, gewöhnlich Labilität der Stimmung. Der Psychiater kann dann aber schon Armuth an Gedanken und Vorstellungen im Verhältniss zu dem, was man nach dem Alter und der Erziehung erwarten sollte, Schwäche der Aufmerksamkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Schwäche der Energie, vor allem Kritik- und Urtheilsschwäche feststellen. Schott betont da mit Recht Wollenberg's Ansicht, dass man diese Momente bei Berücksichtigung der geistigen und körperlichen Persönlichkeit im ganzen findet; es besteht eben eine gänzliche Umwandlung der Persönlichkeit; sie fallen aus ihrem Milieu heraus. Dabei sind Gedächtniss und Merkfähigkeit nicht gestört, Orientierung bleibt stets erhalten, früher erworbene Kenntnisse bestehen fort.

So kann der Krankheitszustand bleiben. Eventuell kann der Process auch weiter gehen, sich zur Psychose entwickeln. Oder mit anderen Worten gesagt: es kann bei einem einfachen Stillstand bleiben, oder es kann sich an denselben ein weiterer Ausfall anschliessen: wir haben dann das Bild der Psychose.

Theil II.

Psychosen in der Pubertät, die zur Ausheilung kommen oder zum geistigen Stillstand führen.

Ich schliesse hieran die Fälle, bei denen die geistige Erkrankung in der Pubertät in Form einer Psychose aufgetreten ist und bei denen die Psychose ganz ausgeheilt ist oder zum Stillstand der geistigen Entwickelung geführt hat.

Fall 1: E. M., Haustochter, 18 Jahre alt. 12. December 1901 bis 1. Juli 1902.

Vater nervös. Patientin bis Pubertät normal entwickelt. In der Pension subacut erkrankt: somatopsychische Wahnideen, Eigenbeziehung und unstetes Wesen. Verwirrtheit mit Hallucinationen. Hemmung. Freier.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Entlassen. Gleich darauf neu aufgenommen. Hallucinationen ohne Verwirrtheit. Angst. Geheilt. Jetzt in Stellung.

Anamnese: Vater macht einen sehr nervösen Eindruck, Facialistic. Patientin ist im grossen und ganzen stets gesund gewesen. Hat sich in normaler Weise entwickelt und hat in der Schule nichts Abnormes gezeigt. Nach der Confirmation verrichtete sie zu Hause zur Zufriedenheit alle häuslichen Arbeiten. In der Pension wurde sie sonderbar, zeitweise ängstlich, glaubte sich von dem Hausherrn und ihren Mitpensionärinnen hypnotisirt, beschäftigte sich nicht mehr, sass in ihrem Zimmer still für sich. Sie glaubte immer, man krame in ihren Sachen. Nachts lief sie umher, zündete Streichhölzer an und suchte nach Personen. Gelegentlich lief sie fort.

Status: Wird am 20. Juni 1900 in die hiesige Anstalt aufgenommen. Ist sehr lebhaft, verwirrt, giebt keine geordneten Antworten, erzählt viel durcheinander, verkennt die Personen und hält sie für Verwandte. Gesichtsausdruck meist starr. Sie ist abweisend. Sie antwortet auf Fragen nicht und befolgt die meisten Aufforderungen nur langsam und zögernd. Ihr ganzes Benehmen macht einen stark gehemmten und abgelenkten Eindruck. Bei den Besuchen deckt sie sich mit Vorliebe das Gesicht mit den Händen zu. Spricht garnicht oder nur mit leiser Stimme „ja“ oder „nein“. Sitzt theilnahmslos in den Ecken umher. Für das Vorhandensei nvon Sinnestäuschungen besteht nach einiger Zeit kein Anhaltspunkt mehr. So wird sie im October 1900 entlassen und hat sich dann auch bis zum December des Jahres 1901 zu Hause gut gehalten. Dann erkrankte sie bei Besuch von Verwandten von Neuem, indem sie leise vor sich hinsprach, zeitweise auch in Schimpfworte ausbrach.

Neuaufnahme: Grazil. Mässig genährt.

Status: Blass. Hirnnerven nichts Besonderes. Schädel symmetrisch. Patellar-Reflex beiderseits leicht gesteigert. Links: Genu recurvatum.

Psychisch: Es bestehen Anfangs Sinnestäuschungen und hochgradige ängstliche Verstimmungen. Sie ist verwirrt und ungeordnet, wird aber im Laufe der nächsten Monate klarer und wird auf Wunsch ihrer Angehörigen entlassen.

Katamnese: Katamnestisch wurde jetzt festgestellt, dass Patientin zum 1. Mai cr. etwa im elterlichen Haushalt thätig war und die häuslichen Arbeiten unter Leitung ihrer Mutter befriedigend besorgt hat. Ihr Gesundheitszustand war ein guter, sie hatte guten Humor, und es hat ihr in den letzten zwei Jahren niemand anmerken können, dass dieselbe geistig eine derartig schwere Krankheitsperiode hat durchmachen müssen. Ihr Gedächtniss, wie ihre Verstandeskräfte sind scharf und hat sie für alles Interesse, nicht allein, was sonst die grosse Mehrzahl der Frauen interessirt, sondern auch für politische und andere Begebenheiten, welche täglich von den Tageszeitungen berichtet werden. — Bei den Schularbeiten ihres etwa 11jährigen Bruders, welcher etwas schwer lernt, ist sie eine tüchtige Hülfe gewesen und hatte sich bei dieser

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gelegenheit z. B. von Lateinisch, welches sie in der Töchterschule nicht gehabt hatte, Vocabeln und Satzbildung angeeignet. — Wir hielten sie jetzt für vollständig gesund und haben ihr jetst gestattet, seit 1. Mai Stellung bei einer Dame in O. anzunehmen, wo sie für $^1/_2$ Jahr den Haushalt erlernt. — Ihren Briefen nach hat sie viel Arbeit, ist dabei aber scheinbar ganz vergnügt; das letzte Mal schrieb sie, sie habe an Körpergewicht zugenommen. — — So der Vater.

Fall 2. E. K., Haustochter, 18. Jahre alt. 29. November 1898 bis 17. Juli 1899.

Keine Heredität. März 1897: subacut. Verändertes Wesen. Stimmungswechsel, Hallucinationen, Eigenbeziehungen. August 1898: gehobene Stimmung, Grössenideen. Hemmung. Stupor. Erregung. Affect- und interesselos. Entlassung. Zu Haus weiter gebessert. Ganz geheilt.

Anamnese: Keine Heredität. In der Kindheit recht schwächlich, nach der Confirmation jedoch kräftig entwickelt. Während der Schulzeit viel Ohnmacht und Kopfschmerzen. Keine besonderen Eigenthümlichkeiten. Stets lebhaft und heiter. März 1897 wurde sie menschenscheu. Ihre Stimmung wechselte sehr. Bald lachte sie, bald weinte sie. Viel Gehörstäuschungen mit Eigenbeziehungen. Der Zustand ging vorüber; die Stimmung wurde gleichmässiger. Sie beschäftigte sich wieder mit Handarbeiten und etwas im Haushalt. Ende August 1898 wieder grössere Unruhe in ihrem Wesen: unstet, vergnügunssüchtig, hochgradige Selbstüberschätzung. Die verwegensten Pläne. Dichtete inhalts- und sinnlos. Gegen die Angehörigen sehr gereizt; oft gewaltthätig. Diesmal keine Wahnideen oder Hallucinationen.

Status: Körperlich ziemlich kräftiges, gut genährtes Mädchen. Keine Innervationsstörungen.

Reflexe normal: auch sonst o. B.

Psychisch: Anfangs unruhig und unstet in ihrem Wesen. Aeusserte die verschiedensten Grössenideen; sie wollte grosse Feste arrangiren, renommirt von Officieren und Studenten, schreibt die sinn- und zusammenhanglosesten Briefe, die zum Theil überhaupt nur aus Strichen und albernem Gekritzel bestehen. Prahlt, sie hätte eine hervorragende Abstammung. Zeitweise ist sie zerstörungssüchtig. December wird sie zusehends ruhiger, bald aber auch unzugänglich. Will man ihr die Hand geben, so zieht sie ihre eigene Hand unwillig zurück. Mitte December machte sie einen gehemmten Eindruck. Es tritt dann ausgesprochener Negativismus ein. Im Februar: Stupor. Sie liegt theilnahms- und regungslos im Bett. Sie spricht garnicht, öffnet sozusagen ihren Mund nur um Nahrung in sich aufzunehmen. März sitzt sie gewöhnlich in einer Ecke, hält sich die Schürze vor das Gesicht und starrt in die Weite. Ihre einzige Antwort, die sie giebt, ist nur: „Gut“ auf Befragen, wie es ihr ginge. Im April geringer Erregungszustand, indem sie erreichbare Gegenstände zerschlägt. Im Sommer tritt Beruhigung ein. Immerhin zeigt sie kein

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Interesse für Beschäftigung. Ungefragt spricht sie überhaupt wenig oder garnicht und dann nur mit leiser Stimme. Bei Mittheilungen und Briefen von Seiten ihrer Angehörigen wenig Affect. August wird sie von ihren Angehörigen in diesem Zustand abgeholt.

Katamnese: Katamnestisch wurde jetzt festgestellt, dass das Allgemeinbefinden der Patientin sich nach der Entlassung aus der Anstalt bedeutend gebessert hat. Sie beschäftigte sich wieder wie früher, hat an allem Interesse, die geistigen Fähigkeiten haben wohl dieselbe Höhe erreicht wie vor der Erkrankung.

Fall 3. P. Sch. aus G. 22. April 1902 bis 8. November 1902.

Keine Heredität. Entwicklung bis Pubertät normal. Frühjahr 1902 subacut. Grössenideen, Gehörs- und Gesichtshallucinationen, unstetes Wesen, motorische Unruhe. Orientirt. Incohaerenz. Ideenflucht. Erregung. Geheilt. In guter Stellung. Wiederholt persönlich vorgestellt.

Anamnese: Keine Heredität. Patient hat viele Krankheiten durchgemacht, aber sonst gesund. Ohne Störung die Realschule absolvirt. Einjährig gedient. Seit 1 Jahr Angestellter der „D. B." in B. Vor einem halben Jahre Lues. Seit kurzer Zeit Unruhe, unstetes Wesen, planloses Umherreisen, wechselnde Wahnideen.

Status: Körperlich kräftig, keine Besonderheiten.

Psychisch: Orientirt, ruhiges und geordnetes Verhalten. Sehr viel Gesichts- und Gehörshallucinationen. Auf Grund dieser wechselnden Grössenideen, ihm gehöre die „D. B.", er müsse alles reformiren etc. Bald kurz dauernde Erregungszustände, ideenflüchtige Reden. Stimmung gehoben. Unruhe nimmt mit der Zeit enorm zu. Blick meist starr gegen die Decke. Viel Selbstgespräche in Form eines Dialoges. Ursache derselben: Hallucinationen. Grössenideen bestehen fort. Stimmung: ausgesprochen heiter. Nach 5—6 Wochen tritt die motorische Unruhe zurück. Die gehobene Stimmung, hochgradige Ideenflucht und Incohärenz im Vorstellungsablauf bestehen fort. Hält stundenlang grosse Reden. Nach weiteren 4 Wochen werden seine Antworten geordnet. Kurzer Rückfall in einen Erregungszustand, bei dem Sinnestäuschungen auf Grund früherer militärischer Erinnerungen eine grosse Rolle spielen. 5 Monate nach der Aufnahme wird er dauernd ruhig und geordnet, hält sich lange ausserhalb der Anstalt auf und kann gebessert entlassen werden. 6 Wochen vor seiner Entlassung schreibt er noch das unsinnigste Zeug, das die Form eines Briefes haben soll, zusammen.

Katamnese. Nach einem halben Jahre stellt er sich wieder vor und ist völlig klar, geordnet, in guter Stellung, psychisch völlig gesund. Keinerlei Defecte in der Urtheils- und Kritikfähigkeit, im Gedächtniss, und in der ganzen Intelligenzbreite. Wie auch noch später festgestellt werden konnte, hielt er sich im Leben gut.

Fall 4. Hereditär belastet. (Grossvater und 2 Schwestern geisteskrank.) Patient bisher gesund und normal entwickelt. Stets reizbar.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mit 23 Jahren acut: Grössenideen. Hallucinationen. Verwirrtheit. Stimmungswechsel. Kindische Incohärescenz. Erregung klingt ab. Gebessert nach 4 Monaten entlassen. Hemmung. Dann ganz geheilt. Intoleranz gegen Alkohol zurückgeblieben.

Fall 4. F. Sch., Techniker, 23 Jahre alt. 15. Juli 1901 bis 19. November 1901.

Anamnese. Grossvater und zwei Schwestern vorübergehend geisteskrank, jetzt todt bezw. gesund. Patient selbst gesund gewesen und hat sich ohne Störung entwickelt; jedoch sehr lebhaft, aufbrausend und zu Gewaltthätigkeiten geneigt. Bestand die Prüfung für den einjährigen Dienst, wurde Techniker und hat seinen Beruf stets sehr gewissenhaft ausgefüllt. Religiösen Fragen gegenüber ziemlich gleichgültig. Im Alkoholgenuss bis auf die letzten Monate mässig. Im April 1901 plötzlich erkrankt. Unsinnige Briefe an die Angehörigen: er habe das verschleierte Bild zu Sais gesehen, sei von Gott zu grossen Dingen berufen. Es sei ihm die Erleuchtung gekommen: mein Bild ist das eines Schriftstellers, eines „Helden der Feder“. „Ich gehöre, wenn auch nicht zu den Auserwählten, so doch zu den Berufenen“. Pathetische, zusammenhanglose Sprache von religiösen Dingen, Citaten und Bibelstellen. Dann plötzlich verändert, äusserst heiter, macht Witze, wird vorlaut, querulirt gegen Angehörige. Renitent und aggressiv. Unreinlich. Völlig verwirrte Reden.

Status. Körperlich: Mittelgross, mässig kräftig. Keine Asymmetrie. Ohrläppchen nicht angewachsen. Gaumen sehr hoch. Zunge zittert. Keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Reflexe bis auf die Patellarreflexe, die beiderseits gleich und herabgesetzt sind, normal.

Psychisch: Oertlich recht gut orientirt. Macht den Eindruck eines müden, leicht erschöpfbaren Menschen. Zeitlich nur mangelhaft orientirt. Für die Umgebung nicht viel Interesse. Hallucinationen werden zugegeben. Grössenideen wechselnd. Bei der Unterhaltung schweift er ab. Es kommt alles durcheinander. Trotzdem kann man sagen, dass seine Bildung und seine Kenntnisse seinem Stande entsprechen. Das Erinnerungsvermögen für früher und später ist gut. Die Stimmung wechselt fortwährend: in dem einen Augenblicke zugänglich und vertrauend, in dem anderen fängt er an zu schimpfen und schreit: „Fragen Sie mich nicht so dumm!“ Er ist reinlich und besorgt sich selbst. Im August gewinnt man den Eindruck eines recht albernen und läppischen Wesens. Er lacht unmotivirt und macht kindische Schnäcke, fügt in seine meist recht verfahrenen Reden in ganz sinnloser Weise Sprichwörter ein. Dabei scheint er zu halluciniren, spricht von Stimmen, die er von aussen hört, will sich auf Näheres aber nicht einlassen und schweift ab. Manchmal antwortet er mit Witzen oder giebt ganz verkehrte Antworten und ist nach kurzer Zeit nicht mehr zu fixiren. Er liest ab und zu etwas, zeigt sonst aber gar keinen Trieb zur Arbeit. Beschäftigt sich nicht. Zeitweise etwas erregt. Auch im Herbst zeigt er noch das gleiche läppische und alberne Wesen, schwatzt den grössten Unfug. Dazwischen wieder leidlich und zugänglich. Zur Beschäftigung noch nicht zu gebrauchen. Spricht meistens in ganz zerfahrener

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Weise, dabei in hochnäsigem und anmassendem Tone. Hat zeitweise die tollsten Pläne. Im November hat er sich eine ganze Zeit hindurch ruhig verhalten. Macht den Eindruck, als ob er sehr von seinen Fähigkeiten überzeugt wäre. Schnoddrig in seinen Bemerkungen. Bisweilen auch albern und kindisch. In diesem Zustande entlassen.

Katamnese: Katamnestisch konnte jetzt festgestellt werden, dass Patient „im Februar 1902 in der K.-Fabrik seine Beschäftigung wieder aufgenommen hat und dort bis Juni v. J. verblieben ist. Seit dieser Zeit ist er in B. M. als Constructeur bei S. & R. beschäftigt. Die Stimmung ist gut, er ist körperlich sehr kräftig und geistig befähigt. Symptome seiner Erkrankung sind nicht mehr zu erkennen; ebensowenig eine Veränderung in seinem Wesen und Verhalten im Vergleich zu dem der Zeit vor seiner Erkrankung. Während der Zeit vom November 1901 bis Februar 1902 hat er sich wissenschaftlich beschäftigt; die erste Zeit nach seiner Entlassung war er etwas wortkarg. Nachdem er wieder Stellung gefunden, wurde er gesprächiger und geistig regsamer. Alkoholhaltige Getränke geniesst er in mässigen Mengen. Von seinem Aufenthalt in G. spricht er mit grosser Dankbarkeit über die ihm dort zu Theil gewordene humane Behandlung. Als er sich beim Militär untersuchen liess, wurde er für körperlich sehr kräftig und für völlig gesund befunden; auf Grund Ihres (Göttinger Anstalt) Attestes ist er vom Militärdienst befreit worden".

Fall 5. L. W., Hausmädchen. 22 Jahre alt. 24. Februar 1903 bis 24. März 1903.

Schwer belastet (Grossmutter väterlicherseits und Grossvater mütterlicherseits Potatoren; Mutter und Schwester geisteskrank). Patientin normal entwickelt. Vor 3 Jahren geisteskrank. Jetzt mit 22 Jahren acut mit motorischer Unruhe und heiterer Stimmung erkrankt. Orientirt. Incohärenz. Ideenflucht. Nach kurzer Zeit entlassen. Gesund geblieben. In Stellung.

Anamnese: Grossmutter väterlicherseits und Grossvater mütterlicherseits Potatoren. Mutter und Schwester vorübergehend geisteskrank. Ueber Abnormitäten in der Kindheit und Jugend ist bei Patientin nichts bekannt. 1900 war sie schon einmal 4—5 Monate wegen ähnlicher Zustände in der Marburger Anstalt. Seit einigen Tagen ist die Kranke sehr aufgeregt, singt und betet viel. Wird dadurch anderen Personen lästig.

Status. Körperlich: Nichts Besonderes.

Psychisch: Leicht heiter; völlig orientirt. Antwortet lebhaft auf alle Fragen. Geht lebhaft im Zimmer auf und ab. In den nächsten Tagen stets freundlich und ruhig. Vorübergehend geringe Verstimmung. In den nächsten Wochen wird die Stimmung ganz gleichmässig und freundlich und Pat. wird, da sie sich in letzter Zeit sehr fleissig gezeigt hat, geheilt entlassen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Katamnese: Jetzt wurde katamnestisch in Erfahrung gebracht, dass Patientin „Mai 1903 wieder in Stelle getreten ist zu Marburg, wo sie auch jetzt noch ist. Es ist bis jetzt keinerlei Veränderung, auch kein Rückfall eingetreten".

Fall 6. E. Sch., Dienstmädchen, 25 Jahre alt. 1. November 1904 bis 25. Juni 1905.

Ueber Heredität keine sicheren Angaben. Bisher gesund und normal entwickelt; etwas phantastisch. Subacut: Hypomanisch. Verwirrtheit. Stimmungswechsel. Hallucinationen. Ideenflucht. Motorische Unruhe. Katatone Symptome. Angst. Incohärenz. Maniakalisch. Vorübergehend klar. Deprimirt. Krankheitseinsicht nach sechs Monaten. Stimmungswechsel. Läppisch. Geordnet im Benehmen (nach weiteren 2 Monaten) völlig geheilt.

Anamnese. Nach Angaben des Vaters keine Heredität; nach einem Bericht des Arztes: Grossvater und eine Tante geisteskrank. Patientin bisher nicht krank gewesen, hat in den Entwickelungsjahren nichts Besonderes geboten; allerdings immer etwas phantastisch und theatralisch. In letzter Zeit männertoll. Ursache der Krankheit: Aussichtslose Liebe zu dem Sohne eines Directors eines grösseren Werkes.

Status. Körperlich: Mässiger Ernährungszustand. Kindlicher Habitus. Reflexe gesteigert. Hyperalgesie. Sonst normaler Befund.

Psychisch: Völlig verwirrt. Aeusserst labile Stimmung, bald äusserst heiter, bald ängstlich. Mangelhaft orientirt. Schwer zu fixiren. Ideenflucht. Incohärenz mit Metamorphose. Motorische Unruhe mit Zerstörungstrieb. Gelegentlich Echolalie und Reimsucht. Hallucinationen nicht sicher nachzuweisen.

Katamnese: Nach 3 Wochen treten Angstaffecte in den Hintergrund. Etwas mehr geordnete und gewollte Bewegungen. Nach weiteren drei Wochen dann ausgesprochen maniakalisches Zustandsbild; grösstentheils orientirt, vor Allem auto- und somatopsychisch. Körpergewicht nimmt rapide ab. Nach $3^1/_2$ Monaten völlig orientirt, wie aus einem Brief an die Angehörigen hervorgeht, der zu Anfang und zu Ende ganz correct ist, in der Mitte Incohärenz zeigt. Nach einem weiteren Monat auffallend läppisch und albern; motorische Unruhe und Incohärenz mit Ideenflucht sehr zurückgetreten. Stimmung meist deprimirt. Mitte März: Beginnende Krankheitseinsicht: gute Rückerinnerungen an die bestandene Krankheit, nur für allererste Zeit besteht Amnesie. Giebt frühere Hallucinationen zu. Aeusserst labile Stimmung. Immermehr wachsendes Interesse für Umgebung und Vorgänge in derselben. Völlig intactes Urtheils- und Kritikvermögen zu erkennen. Keinerlei Intelligenzdefect. Stets freundlich, bescheiden und geordnet. Der Plan, sie einer anderen Provinzial-Anstalt der Heimath zuzuführen, wird wegen der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

immer zunehmender Besserung, aufgegeben. 25. April 1905 von der Mutter nach Hause geholt. Völlige Krankheitseinsicht; wohl noch etwas heiter und läppisch. Später aus der Heimath selbst verfasste gute Berichte an den Abtheilungsarzt.

Fall 7. K. v. E., Dienstmädchen, 21 Jahre alt. 18. März 1897 bis 8. April 1898.

Grossmutter väterlicherseits und Vater geisteskrank. Normal entwickelt. Subacut: verändertes Wesen; auffallend religiös. Motorische Unruhe. Maniakalisch. Deliriumartige Verwirrtheit. Nach einigen Wochen geheilt entlassen. Gesund geblieben. Jetzt als Haushälterin in Stellung.

Anamnese: Die Grossmutter väterlicherseits geisteskrank. Der Vater vor 6 Jahren schmermüthig. Patientin hat sich normal entwickelt; soll stets ein aufgewecktes ordentliches Mädchen gewesen sein. Seit dem 14. Jahre diente sie, ohne je zu Klagen Veranlassung gegeben zu haben. Februar d. J. erkrankte sie, wurde sehr religiös, sang viel Bibelsprüche und Gesangbuchverse, ging auffallend viel in die Kirche. Mit der Zeit erregt und aggressiv gegen die Angehörigen, so dass sie „gefesselt" werden musste.

Status: Körperlich: Kräftiges Mädchen. Blühendes Aussehen. Mittlere Grösse. Keine Abnormitäten in nervöser Beziehung.

Psychisch: Erregt und gegen die Umgebung aggressiv. Wird isolirt. Lärmt sehr viel. Stimmung ausgelassen heiter. Spricht sehr viel. Ideenflucht und Incohärenz. Verkennung der Umgebung. Ueber die Zeit nicht orientirt. Hallucinirt, sieht Thiere und sammelt die verschiedensten Sachen zusammen. Nässt ein, zeigt Neigung zu allerlei Neckereien. Nach kurzer Zeit der Ruhe wieder sehr erregt. Zerstört und zerreisst alle erreichbaren Gegenstände. Ihre Reden sind immer noch ideenflüchtig und incohärent. Im Juni tritt die motorische Unruhe zurück. Sie zeigt auch etwas Interesse für Arbeit. Man kann sich mit ihr unterhalten. Ihr Wesen wird ordentlich, fleissig und freundlich. Fragen beantwortet sie sachgemäss und in diesem Zustand wird sie dann geheilt im April entlassen.

Katamnese: Katamnestisch konnte festgestellt werden, dass Patientin nach der Entlassung als Dienstmädchen wie früher thätig war, keinerlei psychische Abnormitäten bot und später sogar als Haushälterin sich ihr Brod verdiente.

Fall 7a. E. H., Haustochter. 18 Jahre alt. 21. Septemb. 1899 bis 3. Juni 1901.

Vater geisteskrank. Mutter hysterisch. 1 Schwester geisteskrank. Patientin stets gesund gewesen, normal entwickelt. Mit 18 Jahren acut erkrankt. Erregung. Dann Hemmung und Depression. Verwirrtheit. Hallucinationen. Maniakalisch. Unreinlich. Hemmung. Erregung

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gleichmässiger. Läppisch. Gebessert entlassen. Zu Hause ganz geheilt. Kein Recidiv.

Anamnese: Vater macht einen etwas paranoikerhaften Eindruck, glaubt sich verfolgt, hört Stimmen auf der Strasse. Mutter angeblich hysterisch. Eine Schwester in der Jugend geisteskrank, noch nicht geheilt. Die Kranke selbst ist bis zum Eintritt der jetzigen Erkrankung stets gesund gewesen und hat sich auch immer normal verhalten. Menses stets regelmässig und ohne Störung. Die jetzige Erkrankung setzte ein mit einer Erregung, der sich bald aber ein apathischer Zustand anschloss, in dem sich die Kranke in sich gekehrt zeigte, keine Antworten gab und gefüttert werden musste.

Status: Körperlich: Klein, gracil gebaut. Schädel symmetrisch. Keine Störung der Sensibilität und Motilitat. Keine hysterischen Stigmata.

Psychisch: Bei der Aufnahme verwirrt. Sie hallucinirt viel, behauptet ständig, ihre Angehörigen wären hier in der Stadt. Sie versucht jeden zu umarmen, hat auffallende theatralische Haltungen. Sie singt ab und zu, spricht viel und ist namentlich Nachts sehr unruhig. Nach einigen Wochen wurde sie ruhiger, starrte dann aber viel auf einen Fleck, beweg ttheatralisch die Arme und spricht leise vor sich hin. Gesichtsausdruck ekstatisch, zeitweise Nahrungsverweigerung. In ihren Bedürfnissen oft unreinlich. Sie onanirt viel. Später liegt sie unbeweglich in ihrem Bett und starrt nach der Decke. Sie antwortet nicht auf Fragen, gelegentlich vielleicht mit einem Lachen, reagirt aber auf Nadelstiche. In der nächsten Zeit wird sie immer apathischer, drückt sich theilnahmslos mit untergeschlagenen Armen und vor sich hinstarrend in den Ecken umher. Wird sie beobachtet oder angeredet, so bricht sie in ein lautes Lachen aus, giebt keinerlei Antworten, kümmert sich nicht um ihre Umgebung. So in eine andere Irrenanstalt entlassen.

10. Februar 1901 bis 3. Juni 1901.

Nimmt keine Notiz von der Umgebung; wirft sich zwangsmässig laut lachend im Bett hin und her, spricht oft momentan einzelne Worte oder inarticulirte Laute vor sich hin. Recht unreinlich. Entblösst sich oft in unanständiger Weise. Beim Anreden noch wilder. Toilette ganz in Unordnung. Haar ganz wirr, theilnahmslos, unterhält sich nie.

5. August. Unfähig zu jeder Mittheilung, läppisch, heiter, sinnlos in ihren Handlungen, sehr stönend, schmutzig, rücksichtslos, brutal gegen Umgebung: schmiert.

20. October. Beim Ansprechen lacht sie albern.

26. December. Weihnachtsfeier macht wenig Eindruck.

20. Januar. Neigt noch sehr zu abrupten Handlungen.

30. März. Wird ruhiger, spricht hier und dort ganz correct, beginnt Interesse für die Umgebung zu zeigen, benimmt sich aber dem Arzt gegenüber immer noch in läppischer Weise.

18. April. Auch dem Arzt gegenüber geordneter. Hat nichts mehr von dem Läppischen, was vor Kurzem noch so charakteristisch für sie war, doch etwas verlegen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

30. April. Wird immer beweglicher und freier.

15. Mai. Stets freundlich und bescheiden, ruhig und geordnet.

3. Juni 1901. Entlassen.

Katamnese: Zeigte zu Hause keinerlei auffälliges Wesen, war stets gleichmässig, fröhlicher Stimmung und zeigte immer Neigung zur Beschäftigung. Sie war in Allem wie vor ihrer Erkrankung.

Fall 8. H. W., Dienstmädchen, 22. Jahre alt. 14. März 1902 bis 29. Juli 1902.

Vater an Gehirnerweichung †. Patientin normal entwickelt. Mit 22 Jahren acute Verwirrtheit. Stimmungswechsel. Melancholisch. Angst. Hallucinationen. Rathlos. Orientirt. Depression. Monatelang frei. Hemmung. Angst. Hallucinationen. Gebessert entlassen. Zu Hause schreitet Besserung fort. Geheilt (nach ca. $^1/_2$ Jahr). Jetzt in verantwortungsvoller Stellung.

Anamnese: Vater an Gehirnerweichung mit Krämpfen gestorben. Pat. hat sich normal entwickelt, in der Schule gut gelernt. Im Dienst stets zur Zufriedenheit gearbeitet. Vor einer Woche plötzlich erkrankt. Aeussert Versündigungsideen und Selbstvorwürfe. Dann widerspenstig, verwirrt. Führt Aufträge unrichtig aus. Stimmung wechselt sehr. Macht die unsinnigsten Liebeserklärungen auf Postkarten. Glaubt Feuer zu sehen. Aeussert Angst.

Status. Körperlich: Mittelgross, gracil gebaut. Blass. Schädel regelmässig. Keine Innervationsstörungen. Ohrläppchen angewachsen. Reflexe normal. Sensibilität intact. Keine hysterische Stigmata.

Psychisch: Bei der Aufnahme völlig rathloser und fragender Gesichtsausdruck. In den nächsten Tagen gut orientirt. Giebt ruhig jede verlangte Auskunft, Behauptet, gesund zu sein. In den nächsten Tagen wird die Stimmung weinerlich. Sie äussert Versündigungsideen: sie sei ein schlechtes Kind, hätte ihre Mutter verlassen. Dies Stadium dauert nur kurze Zeit an. Dann wird sie wieder zunehmend freier, macht sich sehr nett. Fängt an, sich selbst zu besorgen, zeigt auch Interesse für Beschäftigung. Handarbeit tüchtig. Im April zeigt sie noch einen gewissen Grad von Hemmung und eine geringe Spur von Aengstlichkeit, beschäftigt sich dabei aber doch fleissig und spricht und unterhält sich laut. Keine Herabsetzung der Merkfähigkeit. Sie schreibt heitere und zufriedene Briefe nach Hause. Bleibt andauernd eine fleissige und ruhige Arbeiterin, die sich stets geordnet benimmt, doch bleibt immer noch ein ängstlicher Ausdruck bei ihr vorhanden. So auf Wunsch der Angehörigen entlassen.

Katamnese: Patientin's Zustand besserte sich zu Hause weiter. Sie wurde gleichmässiger gestimmt. Fand wieder Freude an Beschäftigung und nachdem sie sich längere Zeit im Haushalt zu Hause beschäftigt hatte, konnte sie sich bald um andere Stellung bewerben. Sie fand dann in einer Druckerei als Einlegerin Beschäftigung und hat diesen Posten bisher zur vollsten Zufriedenheit ausgefüllt, was um so

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mehr zu beachten ist, da ich durch gut unterrichtete Quelle in Erfahrung gebracht habe, dass mit diesem Posten eine recht grosse Verantwortlichkeit verbunden, zumal besonders Aufwerksamkeit und Ausdauer erforderlich ist.

Fall 8. A. H. H., 20 Jahre alt, Barbier. 7. November 1901 bis 24. Mai 1902.

Nicht hereditär belastet. Subacut mit 20 Jahren erkrankt: verändertes Wesen. Angst. Hallucinationen. Beziehungsvorstellungen. Orientirt. Hemmung. Labile Stimmung. Mangel, Ausdauer und Interesse. Gebessert entlassen. Nach fast 2 Jahren wieder voll beschäftigt. Kein Recidiv.

Anamnese: Keine Heredität. Kindheit und Jugend ohne Besonderheiten verlaufen. Barbierhandwerk erlernt. August 1901 verändert sich sein Wesen: still, zog sich zurück, wurde gehänselt, weil er dem christlichen Verein junger Männer beigetreten sei, weil er sich nicht mit Weibern einlasse. Schlaflosigkeit, Angstzustände. Gesichtshallucinationen. Lief fort und triebartig umher. Beziehungsvorstellungen.

Status: Körperlich mittelgross, blass, gut genährt. Schädelbau symmetrisch, etwas breit. Ohrläppchen angewachsen. Augenbrauen zusammengewachsen, Patellarreflexe beiderseits gesteigert. Sonst ohne Besonderheiten.

Psychisch: Orientirt, theilnahmlos. In seinen Bewegungen langsam und unentschlossen. Zögernde und leise Antworten. Verlegen. Gedächtniss für jüngere und ältere Vergangenheit gut. Aufmerksamkeit lässt zu wünschen übrig. Gedankenablauf verlangsamt. Stimmung recht labil; bald lächelt er, bald missmuthig und traurig, ohne dass er einen Grund nennen kann, Haltung verräth hochgradigen Mangel an Energie. Keine Ausdauer in irgend einer Beschäftigung. Im ganzen Verhalten grosse Schlaffheit und Haltlosigkeit. Zeigt nicht das geringste Interesse. Still und zurückhaltend, „weil er sich Gedanke mache". Entweichungsversuch, angeblich aus Heimweh. Wird unruhig. Benimmt sich wie ein kleines Kind. Gelegentlich Klagen über Angst. In Gegenwart der Aerzte still und zurückhaltend, unbeachtet wird er vorlaut, neckt andere Kranke und ist zuweilen frech und anmassend.

Allmählich gleichmässigere Stimmung. Entlassen.

Katamnese. Patient wurde zu Hause allmählich freier und zeigte Neigung zur Beschäftigung. Er nahm nach einigen Wochen seine frühere Beschäftigung zur vollen Zufriedenheit seines Arbeitgebers wieder auf. Seit August 1904 beschäftigte er sich mit Zahntechnik und wurde nach einem Jahre darin selbstständig.

Fall 9. J. J., Stütze, 18 Jahre alt. 22. Januar 1899 bis 21. Februar 1899.

Eine Schwester geistig zurückgeblieben. Mutter hysterisch (?).

Patientin bisher gesund und normal entwickelt. Mit 18 Jahren

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

acut an Depression erkrankt. Orientirt. Hemmung. Angst. Versündigungsideen. Nach einigen Wochen Besserung. Einige Monate später geheilt und in Stellung. Kein Recidiv.

Anamnese: Eine 13jährige Schwester der Patientin soll geistig zurückgeblieben sein, die Mutter an eigenthümlichen Lachkrämpfen leiden. Die Kranke selbst hat sich geistig und körperlich normal entwickelt und war bisher immer gesund. Zur Zeit ihrer Erkrankung war sie Stütze. Plötzlich zeigte sie ein verändertes Wesen. Sie war scheu und schwermüthig. Ihr Zustand wurde immer schlimmer; sie äusseerte Suicidgedanken.

Status: Körperlich: mittelgross. Haut und sichtbare Schleimhäute sehr blass. Gesichtsausdruck ängstlich. Keine Abnormitäten des nervösen Befundes. Nur die Zunge und die ausgestreckten Hände zittern etwas, der Puls ist schwer unterdrückbar; etwas frequent.

Psychisch: Die Kranke ist zeitlich wie örtlich orientirt. Anfangs tief traurige Stimmung. Deutlich gehemmt. Zeigt keinerlei Interesse. Beantwortet alle an sie gerichteten Fragen ängstlich und zögernd oder gar nicht. Aeussert Versündigungsideen: sie habe unterschlagen, habe ihre Eltern überall schlecht gemacht. „Ich gehöre in's Zuchthaus; ich habe Gott verachtet!" Sinnestäuschungen werden abgestritten. Einmal versuchte sie ihrem Leben ein Ende zu machen. Ihr Schlaf war dabei gestört. Auch machte die Nahrungsaufnahme Schwierigkeiten. Anfangs Februar trat in dem Befinden deutliche Besserung ein. Schlaf und Nahrungsaufnahme wurden regelmässiger. Die Kranke begann allmählich wieder Interesse für die Vorgänge in ihrer Umgebung zu zeigen, fing auch an sich etwas zu beschäftigen. Sie unterhielt sich mit den Kranken, gab freundliche Antworten, und da die Besserung in psychischer wie körperlicher Beziehung anhielt, wurde sie entlassen.

Katamnese. Jetzt eingezogene Erkundigungen ergeben einen recht günstigen weiteren Verlauf und Heilung der Erkrankung. Patientin konnte sich bald nach ihrer Entlassung um eine gleiche Stellung, wie sie vor ihrer Aufnahme inne hatte, bemühen; sie füllte den Posten zur vollsten Zufriedenheit aus und konnte auch nach einiger Zeit beweisen, dass sie noch höheren Anforderungen gewachsen war. Sie musste einen grossen Haushalt, indem sie bisher die Hausfrau nur unterstützte, nach deren Tode vollkommen selbst leiten und gleichzeitig sämmtlichen Repräsentationspflichten nachkommen. Sie war vollkommen widerstandsfähig, ihre Stimmung blieb gleichmässig. Ihr Urtheil wie auch sonst ihre geistige Beschäftigung zeigten, dass sich die psychischen Fähigkeiten vollkommen weiter entwickelt hatten. Ihre Stellung hat sie noch heute inne und versorgt dieselbe stets mit der gleichen Ausdauer und dem gleichen Interesse.

Fall 10. A. W., Lehrerin, 22 Jahre alt. 25. März 1094 bis 21. Juni 1904.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nicht hereditär belastet. Keine Störung in der Entwicklung. Mit 22 Jahren subacut erkrankt: verändertes Wesen, Versündigungsideen. Depression und Hemmung. Hallucinationen. Stupor. Rathlosigkeit. Kein Affect. Langsam orientirt. Gebessert entlassen. Zu Hause Rückfall in Hemmung und Stupor. Dann völlig geheilt. Seit 1905 (Frühjahr) als Lehrerin mit guten Zeugnissen thätig.

Anamnese: Keine Heredität. Eine Schwester sehr nervös. Mit 12 Jahren schwere Lungenentzündung, sonst stets gesund. Gut begabt und talentirt, heiteres und lustiges Temperament. In den letzten Monaten still und sehr religiös. Anfang Februar: Versündigungsideen, bat den Brodherrn dauernd um Verzeihung und Trost. Starke Verminderung der Bewegungen, Verlangsamung der Vorstellungen und langsames Antworten nach traumhaftem Besinnen. Hallucinationen. Suicidgedanken. Gänzlich abweisend. Negativismus. Kataleptisch. Nahrungsverweigerung.

Status. Körperlich: Klein, kräftig gebaut, gut genährt; gesund aussehend. Keine hysterischen Stigmata; keine Degenerationszeichen. Reflexe erhöht. Schmerzempfindung: herabgesetzt.

Psychisch: Völlig rathlos und gehemmt. Mangelhaft orientirt. Leerer apathischer Gesichtsausdruck. Spontane Aeusserungen fehlen ganz. Antworten ohne besondere Betonung und Affect. Negativismus. Befehlsautomatie. Keine Katalepsie. Nässt ein. Es bedarf der stärksten und längsten Reize bis eine Vorstellung erweckt wird. Merkfähigkeit herabgesetzt. Aufmerksamkeit fehlt völlig, d. h. um sie für etwas zu concentriren, betrachtet aber die Vorgänge in der Umgebung. Ab und zu Lachen bei sonst noch immer bestehender Hemmung. Einzelne Worte werden nachgesprochen; Antworten erfolgen in „Ja“ oder „Nein“; ausführlicher kann sie nicht antworten. Nahrungsverweigerung. Nach einiger Zeit wechselt das Bild: zeitweise freundlich und zugänglich, dann wieder gänzlich abweisend. In diesem Zustande entlassen.

Katamnese. „Zu Hause“ — so ergiebt sich aus den jetzt eingezogenen Erkundigungen — war sie noch zwei Monate lang stumm und theilnahmlos, konnte nur durch Verabreichung von Confect zum Sprechen gebracht werden. Sie sah die meiste Zeit theilnahmlos vor sich hin, höchstens dass sie ein Buch zur Hand nahm und darin blätterte. Das Waschen und Kämmen musste mit Gewalt vorgenommen werden, letzteres wurde aber so schwierig, dass wir auf Anrathen des Arztes ihr das Haar abschnitten. Hierauf trat sofort eine auffallende Besserung ein, sie fing an zusammenhängend zu sprechen und auszugehen, welches bis dahin nicht der Fall war, und trat bereits Mitte November allein eine Reise nach K. zu meiner dort verheiratheten Tochter an, verblieb dort zwei Monate und kam vollständig gekräftigt zurück, worauf sie ihre Thätigkeit als Lehrerin ausübte; zuerst bei verschiedenen städtischen Schulen vertretungsweise, worüber ihr die günstigsten Zeugnisse zu Theil

Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

geworden sind. Seit Ostern ist dieselbe bei einer höheren Privattöchterschule thätig und sind mir hierüber auch nur gute Urtheile bekannt geworden. Eine Veränderung in ihrem Wesen und Verhalten zum Vergleich zur Zeit vor ihrer Erkrankung ist nicht aufgefallen, da sie jetzt ebenso heiter und vergnügt wie früher ist; ihre Erkrankung erscheint ihr wie ein Traum. Ihre geistigen Fähigkeiten scheinen keine Aenderung litten zu haben und ist ihr körperliches Befinden als ein sehr gutes zu bezeichnen".

Fall 11. K. B., stud. jur., 21 Jahre alt. 20. Februar 1902 bis 10. Mai 1902.

Vater in der Pubertät geisteskrank, geheilt. Patient bisher normal entwickelt. Im 5. Semester als Student subacut erkrankt. Kleinmüthig (vor dem Examen); Suicidgedanken. Orientirt. Depression. Hemmung. Angst. Hallucinationen. Kataleptische Symptome. Allmählich freier. Zu Hause Rückfall in Depression. Dann glatte Heilung. Jetzt Referendar.

Anamnese: Heredität: Vater hatte mit 27 Jahren eine ähnliche geistige Erkrankung wie jetzt Patient hat. — Patient bisher immer gesund, körperlich und geistig leistungsfähig. Jetzt im fünften Semester. Er wollte vor drei Wochen eine grössere Seminararbeit ausführen, fühlte sich hierzu nicht befähigt, wurde kleinmüthig und kam in eine immer grössere deprimirte Stimmung. Er trug sich sogar mit Suicidgedanken.

Status: Körperlich: Gracil gebauter junger Mann, mässig kräftig. Harter Gaumen hoch und steil. Reflexe sämmtlich erhöht, sonst völlig normaler Befund.

Psychisch: Starrer Gesichtsausdruck. Grosse Angst. Psychische und motorische Hemmung. Flexibilitas cerea. Nahrungsverweigerung. Spricht kein Wort, verfolgt aber alles, was um ihn vorgeht; spielt fortwährend mit den Händen. Reinlich. In den ersten vier Wochen änderte sich der Zustand wenig. Sprach dann aber mehr; zeitweise stiess er kaum hörbar vereinzelte Worte ruckartig plötzlich hervor. Gewicht nahm ab. Allmählich freier in seinem Benehmen. Erzählt, er habe ständig Angst, Unruhe und Misstrauen gehabt, weil immer im Nebenzimmer über ihn gesprochen sei, er sollte hier beobachtet werden, weil er seine Seminararbeiten nicht fertig gemacht hätte, überall müsse er Verfolger und Beobachter wittern. Zu einem Brief an die Eltern brauchte er 10 Tage.

Katamnese: Patient war einige Monate zu Haus, wurde dort langsam freier in seinem Wesen; die gedrückte Stimmung wurde heiterer und vor allem gleichmässiger, fing an, sich mit Lesen zu beschäftigen, sprach über seine Zeit in G., erzählte in deutlicher Krankheitseinsicht von seinen Symptomen. Im Herbst fing er bereits an sich wieder mit seinen Studien zu beschäftigen und kehrte zum Winter-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

semester 1902/03 auf die Universität zurück, um seine Studien fortzusetzen. Er kam schnell in's Arbeiten wieder hinein und konnte sich bald zum Examen melden. Seine schriftlichen Arbeiten erledigte er schnell und gut; auch die mündliche Prüfung machte ihm keinerlei Schwierigkeiten. Er ist jetzt Referendar.

Fall 12. H. W., Schlächtergeselle, 22 Jahre alt. Poliklinische Behandlung.

Keine Heredität. Patient normal entwickelt. Als Kind Diphtheritis. Mit 22 Jahren acut erkrankt. Hemmung. Nach kurzer Besserung Rückfall. Hallucinationen. Rathlos. Hemmung. Kataleptisch. Nach 6 Monaten ambulanter Behandlung völlig wieder hergestellt. Jetzt wieder in Thätigkeit.

Anamnese: Heredität nicht bekannt; 1 Schwester nervös. Patient als Kind immer gesund (Diphtheritis); lernte gut in der Schule. Zeigte nie Abnormitäten in seinem Wesen und Verhalten. 21. November 1904 plötzlich erkrankt; still, sah immer in die Ecke; rührte sich wenig. Bald geringe Besserung; dann 22 December Rückfall.

14. Januar 1905 in poliklinischer Behandlung. Auffallend still, antwortet auf Befragen meist garnicht, zeitweise etwas, und dann nur mit leiser Stimme „Ja“ oder „Nein“. Bewegungen etwas langsam. Rathloser Blick. Giebt Hallucinationen zu. Flexibilitas cerea. Völlig gehemmt.

Status: Ohrläppchen angewachsen. Kopf auf Beklopfen empfindlich; V-Punkte druckempfindlich; Tremor linguae. Gaumen steil. Idiomuskuläre Wulstbildung.

30. Januar 1905. Patient in Begleitung seines Bruders. Ist unter vielen Leuten ganz munter. Arbeitet aber noch nicht. Besserung ist eingetreten. Noch deutliche Flexibilitas cerea.

6. März. Status idem.

27. April. Keine Flexibilites mehr. Antwortet ziemlich prompt auf Fragen. Lacht wieder. Beginnende Krankheitseinsicht.

Katamnese: Kommt allein und zwar per Rad (2stündige Fahrt); völlige Krankheitseinsicht, erzählt ganz ausführlich seine Krankheit wäre furchtbare Angst gewesen, er hätte sich garnicht rühren, über seinen Zustand sich garnicht klar werden können, er hätte immer das Gefühl der Schwere gehabt, ferner als ob er unter jemandes Macht stände und dass bei eventueller Bewegung etwas passieren könnte; die Sprache hätte nicht herausgekonnt; in der Zeit der Besserung, die ganz langsam vor sich gegangen wäre, hätte er sich immer erst so lange besinnen müssen; er habe aber stets gewusst, wo er gewesen, was um ihn passirt sei etc.

Prüfung des Kritik- und Urtheilsvermögens, des Gedächtnisses und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Merkfähigkeit, mithin der ganzen Intelligenz ergiebt keinerlei Defecte oder Stillstand desselben.

Fall 13. I. K., cand. theol., 30 Jahre alt. 16. September 1902 bis 11. April 1903.

Grossvater und Schwester geisteskrank. Patient körperlich normal entwickelt. Von klein auf nervös und menschenscheu. Kurz vor dem Maturum geisteskrank. Grössenideen, Hallucinationen 4 Wochen; dann Student. Fleissig. Kein Examen. Seit 3 Jahren Depression, Unfähigkeit, geistig zu arbeiten. 1902: Erregung. Grössenideen. Incohaerenz. Dann absolut geistiger Stillstand bei völligem Schwinden der psychotischen Symptome. Jetzt Gärtner.

Anamnese: Grossvater mütterlicherseits und Schwester geisteskrank. In der Jugend körperlich normal entwickelt. Von klein auf nervös und menschenscheu. In der Schule normale Fortschritte. Musste wegen Unregelmässigkeiten im Maturitätsexamen 3 Jahre in Prima sitzen. Kurz vorher erkrankte er zum ersten Male. Er war erregt, machte über seine Verhältnisse Einkäufe und hallucinirte. Nach vierwöchigem Aufenthalt im St. J.-A. zu B. geheilt entlassen. Auf der Universität fleissig, bestand aber das Examen trotzdem nicht. Erst nach einjähriger Vorbereitung bei einem Geistlichen bestand er ein theologisches Examen 1898. Er übernahm dann bei seinem Bruder eine Hauslehrerstelle. Bis Februar 1899 ging es ihm leidlich. Dann deprimirt, kraftlos, zu jeglicher Arbeit unfähig. Nachts schlief er nicht. In der Irrenanstalt S. Drei Monate nach seiner Entlassung versuchte er das zweite Examen, bestand es aber nicht. Darauf eine Hauslehrerstelle angenommen, welche er bald wieder aufgab, angeblich um das Mittelschullehrer-Examen zu machen. Es wurde nichts daraus. 1901 wieder Hauslehrer, leistete nichts Besonderes. Still und bescheiden begann er ganz plötzlich gelegentlich einer grösseren Festlichkeit ohne Anlass eine lange zusammenhanglose, vielfach anstössige Rede zu halten. Anfangs hielt man ihn für betrunken. Sein Benehmen wurde ganz unverständlich. Er rechnete sich unter berühmte Leute wie Bismarck und Moltke. Dabei gehobenes und kindliches Gebahren. Im Juni 1902 in die Irrenanstalt in H. Daselbst stets heiter und gehoben. Schwatzte viel vor sich hin und bot das Bild eines urtheilslosen sich selbst überschätzenden Schwachsinnigen. Er war meist ruhig, doch musste er ein Mal wegen eines Conflictes mit einem Arzte isolirt werden. Beschäftigte sich mit Karten- und Kegelspielen sowie Klavierübungen und nahm an den üblichen Spaziergängen der Kranken theil. Von dort im Herbst 1902 nach hier überführt, um in Familienpflege gegeben zu werden.

Status: Körperlich: Gross, kräftig, wohl genährt. Schädel symmetrisch. Geringe Innervationsstörung im Gesicht. Sonst keinerlei Störungen, ausser dass die Patellarreflexe sehr lebhaft sind.

Psychisch: Ist völlig klar und geordnet. Giebt über seine persönlichen Verhältnisse ruhige und sachgemässe Auskunft. Von subjectiven Beschwerden äussert er nur Pollutionen. Hat die wechselndsten Pläne. Sein Gedächtniss

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist völlig intact. Auffassungsgabe und Denkfähigkeit sind nicht in erheblicher Weise verändert. Die Kenntnisse entsprechen seinem Bildungsgrade. Auffallend ist die Ueberschätzung seiner eigenen Persönlichkeit und die Verkennung seiner jetzigen Lage, damit also eine grosse Urtheilsschwäche. Daneben einen grossen Hang zu Aeusserlichkeiten, Mangel an innerem Ernst. Er wurde hier in der Gärtnerei beschäftigt. Er bietet stets ein gleichmässiges, ruhiges Verhalten. Führt mit seinen Verwandten und früheren Bekannten eine ausgedehnte Correspondenz. Die Briefe strotzten grösstentheils von gottergebenen Phrasen. Er ist sehr labil und zeigt zu selbstständiger Arbeit keine Neigung. Entlassen.

Katamnese: Briefliche Mittheilung des Bruders vom Patienten.

„Mein Bruder hat etwas über ein Jahr im St. zu H. die Gärtnerei erlernt und sich dann entschlossen, da das Stift zu genügend vielseitiger Ausbildung die Gelegenheit nicht bot, in eine grössere Gärtnerei in H. als Volontär einzutreten, in der er sich noch heute befindet. Er hofft, im kommenden Jahr im Stande zu sein, sich seinen Lebensunterhalt als Gärtner zu verdienen.

Seine geistigen Fähigkeiten sind, soweit mir ein Urtheil möglich ist, im Wesentlichen dieselben geblieben wie vor 2 Jahren. Er geht nicht im Mechanischen seines Berufes auf, sondern ist bemüht, sich durch Lektüre von Fachschriften auch theoretisch zu vervollkommnen.

Die Stimmung ist im ganzen gleichmässig, er fühlt sich durch seine Arbeit befriedigt um so mehr, als seine hervorragenden Körperkräfte ihn befähigen, nach dieser Richtung zu excelliren und als sein Befinden nichts zu wünschen übrig lässt."

Fall 14. W. B., Tischlergeselle. 19 Jahre alt. 1. Juni 1904 bis 25. September 1904.

Körperlich und geistig normal entwickelt. Nicht hereditär belastet. Mit 19 Jahren acut unter Angst mit Verwirrtheit erkrankt. Vorübergehend Besserung. Incohärent. Dann orientiert. Labile Stimmung. Depression. Ohne Krankheitseinsicht entlassen. Geringe Widerstandsfähigkeit bis jetzt. Oft Stellenwechsel.

Anamnese: Keine Heredität. Körperlich und geistig normal entwickelt. Onanie. Als guter fleissiger junger Mann vom Magistrat bezeichnet. 4. Oktober 1904 acut erkrankt; fühlte sich von den verschiedensten Personen bedroht; entsetzliche Angst; triebartige Zerstörungswut. Selbstanschuldigungen. Drei Wochen im Krankenhaus. Besserung. Dann Mitte Mai neu erkrankt, das heisst es verschlimmerte sich der Zustand wieder; motorische Unruhe unter dem Einfluss von Angst. Ideenflucht, affectlos schwatzend. Wirre Reden, unberechenbare Handlungen; ständige Aufsicht. 1. Juni Irrenanstalt G.

Status: Körperlich: Ziemlich klein, doch kräftig. Schädelasymmetrie. Tremor linguae. Gaumen: hoch nach links. Reflexe: erhöht.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Psychisch: Orientirt. Stimmung sehr labil; Anfangs sehr gereizt, dann ruhiger, schliesslich sehr deprimirt. Keinerlei Krankheitseinsicht. Keine Hallucinationen nachweisbar. Vorstellungsablauf verlangsamt. So entlassen.

Katamnese: 5. October schreibt der Magistrat: Mutter des p. B. wie Arbeitgeber hätten keine krankhaften Symptome mehr bemerkt; er betrage sich sehr gut und fleissig.

Auf unsere Anfrage theilte der Vormund mit, dass Patient sehr oft seine Stelle gewechselt habe, überall nur kurze Zeit gewesen sei; allerdings wohl gute, saubere Arbeit geliefert habe, nur äusserst reizbar und empfindlich gewesen sei. Ueber jede Kleinigkeit habe er sich aufgeregt. Ferner sei auffallend, dass er bei längerer Anstrengung abgespannt sei; „die Krankheit habe auf seine Ausdauer eingewirkt", was nach Verlauf von über einem Jahr doch zu Bedenken Anlass giebt.

Fall 15. E. Sch., Dienstmädchen, 17 Jahre alt. 5. April 1904 bis 10. Juni 1904.

Keine Heredität. Normal entwickelt. Im Wesen etwas eigenartig und zurückhaltend. Mit 17 Jahren subacut erkrankt: religiös; labile Stimmung. Rathlos. Mangelhaft orientirt. Dann heitere Stimmung. Orientirt. Schliesslich läppisch albern; keine Krankheitseinsicht. Zu Hause: bisher reizbar. Ausgang zweifelhaft. Bisher ohne productive Thätigkeit.

Anamnese: Keine Heredität, Entwicklung: normal. In der Schule gut gelernt. Immer etwas eigenartig und zurückhaltend. Seit $^3/_4$ Jahr bedeutend stiller. Sehr religiös. Wenig Initiative zur Arbeit; kein Vorankommen in derselben. Sehr vergesslich. Gelegentlich unsinnige Reden. Schliesslich aufgeregt und unrein. Aeusserst reizbar. Triebartige Handlungen. Stimmung sehr labil und oberflächlich; unmotivirtes Lachen und Weinen abwechselnd.

Status: Kräftig. Keine hysterische Stigmata, keine Degenerationszeichen; zuerst mangelhaft orientirt. Ganz apathisch. Trennung von Angehörigen ohne Eindruck. Ab und zu blödes Lachen. Einsilbiges langsames Antworten. Völlig wunschlos und still. Kein Interesse für Umgebung. Bald zur Arbeit: dabei ganz indifferent, verrichtet die ihr aufgetragene Arbeit; keine Initiative zu irgend einer That, unordentlich in der Kleidung. Später streitsüchtig und thätlich. Stimmung schlägt nach 4 Wochen um: heiter. Krankheitsempfindung, keine Einsicht. Mit allem zufrieden. Vorstellungsablauf verlangsamt. Schwer, Aufmerksamkeit zu fixiren und bei gewissen Vorstellungen zu bleiben, da kein Interesse vorhanden. Merkfähigkeit herabgesetzt. Nimmt keinen neuen Eindruck auf. Fehlen jeglicher Initiative trotz ihres allmälig freier gewordenen Wesens. Blödes Lachen. So entlassen.

Verlauf: Jetzt theilte der Vater mit, dass seine Tochter noch sehr lange reizbar und empfindlich gewesen sei; ferner wäre sie oft vorübergehend missgestimmt und verdriesslich und ganz im Gegensatz zu

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

früher direct unfolgsam und sehr frech und zornig gewesen, besonders wenn man sie hart ansprach; nur durch milde Worte habe man etwas erzielt. Mit der Zeit sei sie folgsam geworden und schliesslich habe er es versucht, sie zum Nähen zu schicken. Sie gäbe sich viel Mühe und habe auch grosse Lust. Sie in Stellung zu schicken, wie sie früher gegangen, riskire er noch nicht.

Fall 16. A. U., Haustochter. 17 Jahre alt. 21. März 1902 bis 5. Juni 1902.

Keine Heredität. Patientin normal entwickelt. Stets gesund. Mit 17 Jahren subacut: mit Verwirrtheit unter Hallucinationen erkrankt. Dann orientirt. Depression. Schliesslich Stimmung gleichmässig. Keine Krankheitseinsicht. Gebessert entlassen. Ausgang zweifelhaft: zu Hause 2 Mal eine Verstimmung durchgemacht. Bisher keine verantwortliche Stellung.

Anamnese: Ueber erbliche Belastung ist nichts zu erfahren. Patientin stets gesund. Hat gut gelernt. Sehr fleissig. Hat mit grosser Selbstlosigkeit für ihren Vater und 4 kleine Geschwister gesorgt, nachdem ihre Mutter 1900 gestorben war. Diese Aufopferung hat ihr sehr geschadet. Sie wurde in letzter Zeit hinfällig und zeigte eine grosse Aengstlichkeit und Unruhe. Sie führte wirre Reden, sah Gestalten, schlief nicht und weinte. In ihren wirren Reden äusserte sie auch: ihr Vater habe sie mit in's Bett genommen, habe sie missbrauchen wollen, worauf gegen den Vater Anklage vom Staatsanwalt erfolgte. (Dieselbe wurde natürlich zurückgezogen.)

Status: Körperlich: Mittelgross. Gut entwickelt. Blasses Gesicht und blasse Schleimhäute. Kopf keine Asymmetrie. Keine Innervationstörungen. Reflexe normal. Keine Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen.

Psychisch: Patientin ist über Zeit und Ort völlig orientirt. Neigt sehr zum Weinen. Gewöhnt sich sehr schnell an die hiesigen Verhältnisse. Wird bald ruhig und geordnet und eine sehr fleissige Arbeiterin. Giebt als Grund für ihre Erkrankung, für die sie ein wenig Einsicht zeigt, Ueberarbeitung an. Giebt zu Hallucinationen gehabt zu haben, sehr rathlos und ängstlich gewesen zu sein, habe oft laut schreien müssen, weil sie keine Luft habe kriegen können. Sie zeigt recht gute Schulkenntnisse. Gelegentlich des Besuchs ihres Vaters etwas weinerlich; sonst aber stets gleichmässig gestimmt. Völlig geordnet und fleissig. So entlassen.

Verlauf: Es wurde festgestellt, dass Patientin nach der Entlassung fleissig ist, den Haushalt für ihren Vater führt. In dem Verlauf bis heute war sie einige Zeit missgestimmt, sodass sie ihrer Arbeit nicht hat nachgehen können, was früher jedenfalls nicht der Fall gewesen ist. Körperlich ist sie stark, im Allgemeinen ist sie heiter und lebenslustig.

Fall 17. W. M., stud. theol., 24 Jahre alt. 19. September 1898 bis 24. Januar 1899.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grosstante (mütterlicherseits) geisteskrank. Patientin hat sich normal entwickelt geistig wie körperlich. Auf der Universität verändertes Wesen, reizbar. Erregung. Dann Scheu und unrein. Depression. Angst. Keine Krankheitseinsicht. Entlassen. Zu Hause gebessert. Examen mit Erfolg. Dann als Hülfe beim Vater. Keine selbstständige verantwortungsvolle Stellung. Exitus.

Anamnese: Eine Tante der Mutter war geisteskrank. Patient hat sich als Kind geistig und körperlich normal entwickelt, keine schweren Krankheiten durchgemacht. War auf der Schule ganz gut vorangekommen. Nach absolvirung des Gymnasiums studirte er und absolvirte das erste theologische Examen. Bereits auf der Universität oft verschlossen. Zog sich zurück. Schon vor dem Examen schrieb er Briefe an seine Eltern, in denen er sie beschuldigte, sie könnten keine Kinder erziehen, sie wären an seinem verfuschten Leben schuld. Das Examen bestand er gut. Bald darauf verschlossener als zuvor, machte weiter seinen Angehörigen unverdiente Vorwürfe, vergriff sich thätlich an ihnen, lief oft planlos umher.

Status: Körperlich: Keinerlei Abnormitäten.

Psychisch: Bei der Aufnahme ruhig und zugänglich; nur der Schlaf liess sehr zu wünschen übrig. Lässt Koth und Urin gelegentlich unter sich. Nach einigen Tagen scheues Wesen; spricht sich garnicht aus. Antwortet in allgemeinen Redensarten und geht nicht gern in eine Unterhaltung über seine Krankheit ein. Misstrauisch sucht er den Aerzten dauernd bei den Visiten auszuweichen. Er sieht fast stets unter sich, hält sich immer viel für sich allein und drückt sich an den Ecken und Wänden entlang, so dass er oft die Farbe der Wände an der Bekleidung hat. Hin und wieder spricht er mit sich selbst. Gelegentlich sieht er auch verweint aus. Er ist schwer in eine Unterhaltung zu ziehen. Seine Aufregungszustände, die er zu Hause gehabt, schreibt er einerseits der Ueberarbeitung vor seinem Examen, andererseits dem Umstande zu, dass er sich über seinen während des Studirens vollkommen versumpften Bruder und über die Gutmüthigkeit seines Vaters diesem vollkommen versumpften Menschen gegenüber geärgert habe. Im November plötzlich äusserst ängstlich. Ist fest der Meinung, mit seiner Mutter stehe es sehr schlecht und verlangt ständig die Absendung eines Thelegramms. Nach einigen Tagen wieder etwas ruhiger, wird auch gelegentlich etwas lebhafter, sucht aber dauernd seine Aufregungszustände vor seiner Aufnahme in dieser Anstalt mit äusserlichen Gründen etc. zu motiviren. Bei diesem ruhigen doch misstrauischen und sich absondernden Verhalten entlassen.

Verlauf: Katamnestisch wurde jetzt festgestellt, dass Patient nach seiner Entlassung einige Zeit in G. im Jugendbunde thätig war, dann zu den Eltern zurückgekehrt sein zweites theologisches Examen mit gut bestand. Ein Jahr war er darauf beim Vater Hülfsprediger, als er an Dysenterie schwer erkrankte, und nach 7 Leidenswochen, am 24. Juli 1903, heimging. Ganz hat ihn auch in seiner Arbeitszeit sein

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nervenleiden nicht verlassen, besonders aber in seiner letzten Krankheit litt er schwer darunter.

Bezüglich der eben angeführten Fälle möchte ich vorweg bemerken, dass ich Fall 1—12 inclusive als völlige Heilung ansehe, Fall 13 als Heilung mit Stillstand betrachte und mir über die Fälle 14—17 noch kein abschliessendes Urtheil zur Zeit erlauben kann.

Was den Beginn der sämmtlichen Fälle anlangt, so hat man acuten und subacuten Beginn. Der acute Beginn ist gewöhnlich seltener als der subacute. Im acuten Stadium finden wir dann gewöhnlich die Verwirrtheit vorwiegend. Dazu möchte ich zunächst bemerken, dass man oft bei genauer Betrachtung keine eigentliche Verwirrtheit im Sinne einer völligen Desorientirtheit vor sich hat, sondern mehr ein Bild, das dem von Stransky beschriebenem Bild der Sprachverwirrtheit gleicht, mit dem Unterschied, dass es sich hier um einen sehr hohen Grad handelt. Das wichtigste Moment ist nämlich der Mangel an Aufmerksamkeit. Bei Anwendung von grosser Mühe und Geduld kann man feststellen, dass die Kranken doch verhältnissmässig ganz gut orientirt sind; oft gelingt dies einem mehr gelegentlich aus irgend welchen zufälligen Aeusserungen der Kranken zu schliessen, man ist dann geradezu überrascht. Ich möchte dieses Ausfallen der Aufmerksamkeit als eine functionelle Schwäche des Gehirns bezeichnen, die in ganz schlimmen Fällen im weiteren Verlauf zur völligen Benommenheit und zwar zur völligen Desorientirung sich ausbilden kann.

Seltener hat man bei dem ganz acuten Beginn immer eine Stimmungsänderung bei völlig erhaltener Klarheit; es kommen aber auch solche Fälle vor, ein Beispiel dafür ist Fall 9.

Wie schon oben gesagt, hat man aber gewöhnlich einen subacuten Beginn und da bildet sich vorwiegend das Bild der sogenannten Rathlosigkeit, der halben Orientirung heraus. Die Individuen können sich noch nicht in das „Neue“ hineinfinden. Ihr Gesichtsausdruck verräth deutlich, dass sie sich „ganz überwältigt“ fühlen.

Bei der Verwirrtheit als Beginn möchte ich ganz kurz die Arbeit von Stransky über Amentia erwähnen; er würde vielleicht diesen oder jenen der genannten Fälle zu seiner Amentiagruppe rechnen. Dazu kann ich mich nicht entschliessen. Mit Sicherheit fehlt es erst mal hier an einer äusseren greifbaren Ursache, ferner ist bei unseren Fällen, die in Betracht kämen, die Verwirrtheit nicht so constant. Sie bildet nur ein Zustandsbild. Die jugendlichen Fälle, die Stransky anführt, würde ich nicht anstehen, mit in unsere Gruppe II aufzunehmen, zumal auch sie vollkommen geheilt sind. Genauer darauf einzugehen,

Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

würde mich an dieser Stelle zu weit führen. Ein Moment möchte ich hier nicht verfehlen, anzuführen, dass die Amentia doch mehr ein Zustandsbild ist und dass sie bei Erwachsenen und Jugendlichen vorkommen kann; bei den Jugendlichen mit dem unfertigen Gehirn erleidet sie eben die entsprechende Modification.

Nun noch einige Worte über den Verlauf der genannten Fälle. Es gelingt bei immer erneuter Durchsicht durchaus nicht, irgend ein Schema aufzustellen. Die Zustandsbilder sind zu manigfaltig, sie wechseln zu oft und ändern sich auch nicht in einer bestimmten Reihenfolge. Das Ende hängt aber nicht von der Menge der durchlaufenen Zustandsbilder ab.

Trotz des vielfachen Wechsels der Zustandsbilder besteht eine gewisse Monotomie und geringe Zahl der Symptome, weil eben das unfertige Gehirn eine grosse Mannigfaltigkeit complicirt angelegter Wahnideen nicht zu produciren vermag.

Eine genauere Analyse der Ideen ergiebt, dass es sich um keinen eigentlichen Wahn oder ein Wahnsystem handele, sondern nur um eine krankhaft kindische Auffassung der Situation und Umgebung, ähnlich wie man es in verringertem Maass normaler Weise in den Flegeljahren antrifft. Die Kranken fühlen sich beeinträchtigt durch alle die Personen, die ihnen zur Seite stehen (Arzt, Personal etc.); glauben überall Schutz finden zu können; bei der späteren Enttäuschung behaupten sie, die betreffenden wären von den Aerzten wissentlich falsch berichtet. Der Grössenwahn ist nichts als Renommage .etc. (Kisfu). „Im Grunde genommen sind das alle nur Steigerungen von normalen Zügen der Flegeljahre, in denen der Egoist sich auch überall eingeengt fühlt und in erster Linie immer nur sich kennt.“ Die manischen und melancholischen Zustandsbilder sind nicht identisch mit der wahren Manie und Melancholie; die Symptome wechseln viel zu rasch, treten geradezu bruchstückartig auf (Moravcsik); es treten ruhige Perioden dazwischen ein. Was speciell den Vergleich mit der Manie anlangt, so fehlt bei unserer Pubertätspsychose das eigentlich heitere Moment; die Erregungszustände sind geradezu explosiv (Moravcsik).

Kein einziger Fall entbehrt der Hallucinationen. Charakteristisch ist die Reaction auf die Sinnestäuschungen. Die echten Paranoiker mit ihrem fertigen Gehirn verbergen womöglich ihre Hallucinationen, sie sind misstrauisch gegen dieselben, sie glauben noch nicht so recht an sie. Erst später, wenn die Urtheilskraft leidet, kommen als Erfolg die Grössenideen zu Stande, erst dann ist der echte Schwachsinn der Paranoiker da. Hier bei den Jugendlichen, bei denen die Urtheilskraft, das Kritikvermögen noch nicht voll entwickelt ist, deren Gehirn eben noch nicht fertig ist, ist die Reaction anders, sie glauben sofort an die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Möglichkeit der Hallucinationen; es spinnen sich daran die blühendsten Wahnideen. Und diese sind auch nicht constant; sie wechseln häufig, heute diese, morgen jene Grössenideen.

Die grobe Schädigung des Urtheils zeigt sich aber weiter noch in anderen Momenten. Es ist kein Zusammenhang, keine Harmonie zwischen ihren Ideen und ihren Aeusserungen. Es gelingt fast niemals, richtige Antworten zu erhalten; sie sind immer unrichtig, zerfahren, zerstreut. Eine Begründung für ihre Aeusserungen und vor allem für ihre Handlungen können sie nicht beibringen, auch nie ihr Verhalten und ihre Handlungen in ein harmonisches Einvernehmen mit ihren Wahnideen und ihren Hallucinationen bringen. Was sie überhaupt hervorbringen ist gewöhnlich stets dasselbe; gewisse Einförmigkeit überwiegt stets.

Auffallend ist ferner das Verhalten ihres Affects bei den Wahnideen und Hallucinationen und zwar Hand in Hand mit der Schädigung des Urtheils; trotz der blühendsten Grössenideen, sind Erregungszustände nicht zu erwarten, selbst wenn man ihnen alles abstreitet oders ie sogar auszulachen versucht. Dies hat Stransky treffend als Dissociation zwischen Noopsyche und Thymopsyche bezeichnet.

Erwähnt habe ich vorher schon die Störung der Aufmerksamkeit. Deswegen ist es eben oft so sehr schwer, ein definitives Urtheil über die Intelligenz der Kranken zu bekommen. Explorationen kann man nicht mit ihnen anstellen; oft sind die Kranken zum Antworten auch direct zu bequem. Man muss sie sozusagen belauschen; dadurch gelingt es dann einem öfter, sich Klarheit zu verschaffen. Sogar Ueberraschungen erlebt man, weil man das Resultat nach dem Verhalten der Kranken nicht erwartet; früher erworbene Kenntnisse, vor allem Schulkenntnisse sind nicht verloren gegangen; ihr Gedächtniss ist sogar gut.

Man ist vielleicht ferner überrascht, beobachten zu können, dass die Kranken auch noch während ihrer Krankheit wahrgenommen haben. Dies geschieht aber nicht im Sinn der Aufmerksamkeit; sie sehen und hören wohl, aber sie verstehen nicht, was sie hören und sehen; sie nehmen nicht mit Ueberlegung wahr, sie beobachten eben nicht. Und das ist das Hauptmoment mit für die Störung der Aufmerksamkeit.

Es gelingt bei den Fällen ferner nicht, genau festzustellen, dies ist eine paranoide Form, dies eine katatone Form etc., oder vielleicht nach Wahnideen und Hallucinationen einzutheilen, wie der Engländer Mc. Conaghey kürzlich vorschlug; erstmal typisch reine Fälle giebt es wohl so gut wie garnicht (Bernstein) und diese und jene Symptome als wesentliche und unwesentliche Factoren hinzustellen, ist für die einzelnen Beobachter

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu verschieden; vor allem aber kann jeder einzelne Fall momentan bald mehr dies, bald mehr jenes Symptom deutlicher hervortreten lassen. Besonders hinweisen möchte ich hier noch auf Fall 6 und 4. Sie boten dem Beobachter auf den ersten Blick ständig das Bild eines Verblödeten; sie zeigten ein auffallend blödes Lachen. Man zweifelte ständig an einem guten Ausgang der Krankheit. Ferner auf Fall 5 und 10 die äusserst unrein waren; schliesslich auf Fall 10 und 11, die schwere katatone Symptome darboten.

Anschliessend an diese Fälle will ich auf das Hauptmoment, das ich behandeln möchte, eingehen, auf den Ausgang der Fälle.

Ich betrachte, wie gesagt, Fall 1—12 als geheilt. Entlassen wurden allerdings sämmtliche Fälle als gebessert. Der Process war eben in der Anstalt, wie die späteren Erkundigungen, so wie auch zu erwarten stand, ergeben haben, noch nicht abgelaufen; man musste eben noch abwarten, um ein definitives Urtheil zu fällen.

Die auf unsere Anfragen erfolgten Auskünfte sind in diesen Fällen ausschliesslich so genau gefasst, dass kein Zweifel besteht, dass die betreffenden Individuen wieder gesund, wieder leistungsfähig geworden sind.

Ehe ich mich nun weiter darüber auslasse, muss ich zuerst noch festlegen, wann ich einen Fall als geheilt betrachte.

Der wesentliche Factor dabei ist nach meiner Meinung der, ob die psychische Persönlichkeit dieselbe geblieben ist wie vor der Erkrankung, ferner ob der Patient wieder eine productive Thätigkeit ausüben kann, ob er wieder arbeitsfähig und „social brauchbar", erwerbsfähig wird, das heisst, ob er vor allem in seinem Milieu wieder das leisten kann wie früher, ob er das früher erworbene geistige Kapital neu vermehren, ob er selbstständig thatkräftig sein kann. Dies letzte Moment zeigt erst deutlich, ob er social brauchbar ist, ob seine bisherige Urtheilskraft und sein Kritikvermögen unversehrt geblieben ist. Aber eins darf nicht ausser Acht gelassen werden, das ist die Berücksichtigung der betreffenden Bevölkerungsklasse, des betreffenden Milieus, in dem der Kranke gelebt hat und lebt. Die Anforderungen dürfen nicht über das individuelle Maass hinausgehen. Es muss festgestellt werden: was hat der Patient vorher geleistet, was hatte er vorher für einen Beruf, was nahm er vorher für eine sociale Stellung ein.

Kann er sich jetzt in dem heute so schweren und harten Kampf um's Dasein behaupten, wo in der verschiedensten Weise Anforderungen an Initiative, Leistungs- und Anpassungsfähigkeit, vor allem an Unternehmungsgeist und Festigkeit des Willens bei stetem Trieb zur Selbstständigkeit und Unbeeinflussbarkeit gestellt werden, dann darf man

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wohl davon sprechen, dass der Kranke die wichtigsten Lebensinteressen beurtheilen kann, dass die Intelligenz keine Einbusse erlitten hat, dass nicht sein Wissen, vor allem sein Können nicht Schaden genommen hat, kurz gesagt, dass der Patient geheilt ist.

Dies wird nicht der Fall sein können, wenn der Charakter zu sehr gelitten hat, sei es, dass er zu reizbar geworden, sei es, dass er zu stumpf und interessenlos ist. In dem einen Fall wird er zu impulsiv werden, in dem andern Fall wird Arbeitsunlust und Energielosigkeit die unmittelbare Folge sein. Es darf nicht zu einer solchen Umwandlung der Persönlichkeit kommen. Solche Krankheitsreste wird das praktische Leben, auch wenn sie sich als noch so geringfügige Niveauschwankungen zeigen könnten, in aller erster Linie zum Vorschein bringen. Hier werden die Patienten sofort „anecken", im andern Fall sich bei ihrer Indolenz im Kampf um's Dasein nicht erhalten, trotz der vielfältigsten Anregungen und allen Ansporns zum Ehrgeiz nicht vorwärts kommen können.

Kurz zusammengefasst: Es kommt darauf an, festzustellen, was konnte Patient vor seiner Erkrankung, was hat er vorher geleistet, wie war seine sociale Stellung vorher; was kann er jetzt, was leistet er jetzt, was für eine sociale Stellung nimmt er jetzt ein. Mit einem Wort: Vergleich der gesammten früheren Persönlichkeit und deren Handlungen mit der jetzigen und deren Handlungen, „die Handlungen sind der beste Prüfstein für den geistigen Vollwerth" (Tuczek).

Gehen wir nun diese Fälle durch, so finden wir, dass die Patienten nicht nur dasselbe leisten, was sie früher leisteten, sondern noch darüber hinaus, dass sie später sogar in Verhältnisse kamen, wo sie Neues hinzu lernen sollten, was sie vorher nicht konnten, wo sie sich mit Begriffen beschäftigen sollten, die ihnen völlig unbekannt waren, ja sogar durch deren Reproduction sie anderen wieder zuführen sollten. Sie haben jetzt Erwerbszweige als Beschäftigung, die grosse Anforderungen an Pflichtgefühl, Verantwortung, Ehrgeiz, Energie, Aufmerksamkeit, Ausdauer zu geregelter Arbeit, vor allem an Urtheilskraft und Kritikvermögen, und nicht zu vergessen, an gewisse Widerstandsfähigkeit des Gemüths bei der Thätigkeit stellen. Also in keinem Fall ein Rückschritt, aber auch noch nicht mal ein Stillstand.

Zunächst Fall 1: Patientin war vor der Erkrankung im elterlichen Haushalt beschäftigt, das heisst, sie als Tochter brachte sozusagen ihre Zeit unter. Ans eigentliche Lernen, in fremde Verhältnisse sollte es gerade in der Zeit der Erkrankung gehen. Nach der Entlassung kam sie in die elterlichen Verhältnisse zurück; ihr Zustand bessert sich weiter. Sie nimmt dieselbe Beschäftigung wie früher auf. Und bald

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist sie auch im Stande, noch mehr zu leisten; sie hilft ihrem Bruder bei lateinischen Arbeiten. Zunächst muss sie dann wohl in der Lage sein, etwas ganz Neues in sich aufzunehmen, und zwar so, dass sie es durch gute Reproduction wieder anderen klarmachen und durch genügende Ausdauer die entsprechende Aufsicht ausüben kann. Dann kam sie in fremde Verhältnisse. Und hier zeigte es sich bald, dass sie sich auch der neuen Situation anpassen konnte. Patient hat jedenfalls in der Reihe von Jahren bewiesen, dass sie nicht von dem, was sie gekonnt, verloren, dass sie im Stande war, geistigen Neuerwerb sich zu verschaffen und sich den verschiedenen Lagen im Leben sich anzupassen. Dabei ist sie immerhin noch in dem Alter, wo das Gehirn noch nicht voll ausgebildet.

Zu Fall 2 möchte ich bemerken, dass von den Angehörigen extra mitgetheilt wird, dass in den letzten Jahren ihr Wesen gleichmässiger geworden ist, dass Erregungen auf Grund der geringsten Anlässe, Zeichen von Streitsucht und Launen, die im ersten Jahre nach der Entlassung sehr leicht auftraten, nicht wieder beobachtet wurden; „sie hat nie mehr über Unzufriedenheit mit sich und der Welt geklagt“: „sie brachte Allem das nöthige Interesse entgegen“. Seit der Entlassung sind jetzt 6—7 Jahre vergangen.

Bei Fall 3 ist noch besonders zu betonen, dass der Kranke sich in G. so und so oft wieder persönlich vorgestellt hat und man recht oft Gelegenheit hatte, über seine Thätigkeit, seinen Beruf, sein ganzes Wesen und Verhalten Näheres zu hören. Und immer wieder konnte festgestellt werden, dass geistige Regsamkeit und Anpassungsfähigkeit seiner Leistungen den verschiedensten Anforderungen gegenüber, die Initiative, seine Kritik- und Urtheilsfähigkeit, sein Charakter und sein Gemüth in keiner Weise eine Einbusse erlitten hatten.

Der Fall 4 zeigt den Patienten bei seiner Entlassung als einen Kranken, bei dem die psychotischen Symptome sehr in den Hintergrund getreten waren, der, seinem Benehmen nach zu urtheilen, das Bild eines typischen Schwachsinnigen bot, von dem man jedenfalls nicht so ohne Weiteres angenommen hätte, dass er noch einmal ein brauchbares Mitglied der menschlichen Gesellschaft werden könnte. Läppisch und albern lautete immer wieder der Bericht in der Krankengeschichte. Ohne jede Initiative. Dabei „hochnäsig“, „anmaassend“, „schnoddrig“, „prahlerisch“, „im höchsten Grade selbstbewusst.“ Die grösste Kritiklosigkeit zeigt sich in der ständigen Selbstüberschätzung. Ein halbes Jahr brauchte er zu Hause zur Erholung und weiteren Besserung; dann konnte er eine gleiche Stellung wie vor seiner Erkrankung annehmen. Im Hause war er wortkarg und verschlossen; es ist also noch einmal

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein Stimmungsumschlag erfolgt. In den letzten Jahren hat er sich sogar wissenschaftlich beschäftigt; ein Fortschritt gegen früher. Es verrieth jedenfalls Trieb und Initiative und die Fähigkeit, neuen geistigen Erwerb sich zu verschaffen. Seine Stellung besserte sich auch; er bekam die Stelle eines Constructeurs, die er auch heute noch bekleidet.

Bei Fall 5 fehlt mir leider die Angabe, was Patientin nach ihrer ersten Erkrankung begonnen hat; es ist auch nicht sicher bekannt, dass sie geheilt entlassen ist. War sie gesund und hatte sie wieder eine gleiche Thätigkeit wie früher angenommen, so möchte ich auch den Fall als Heilung betrachten und diese Attaque als eine neue Erkrankung per se ansehen; ich wüsste nicht, was dagegen einzuwenden wäre. Konnte sie in der Zwischenzeit in keine Stellung wieder gehen, so war die Erkrankung eben noch nicht abgelaufen, und es hat sich ein neuer Erregungszustand gezeigt. Jetzt ist die Patientin jedenfalls als genesen zu betrachten; denn seit 3 Jahren ist sie social wieder thätig und kann sich auf eine gleiche Weise wie früher ihr Brod verdienen.

Der Fall 6 war ein „Sammelsurium" von Zustandsbildern, der vorübergehend die verschiedensten katatonen Symptome bot. Er konnte bis zum völligen Ablauf beobachtet werden, d. h. Patientin war ohne psychotische Symptome soweit Reconvalescent, dass sie den Eltern gegeben werden konnte. Von der Heimat schrieb sie verschiedene Male ausführlich an den Referenten gute Berichte und so konnten sich die Angehörigen auch bald wieder entschliessen, sie in Stellung zu schicken.

Fall 7 ist insoweit sehr interessant, als er chronologisch der älteste ist und seit der Entlassung der Kranken über 7 Jahre vergangen sind. Noch ein anderer Punkt ist zu beachten, weil dies bei weiblichen Wesen weniger der Fall ist: Patientin ist im Lauf der Zeit in eine social bessere Stelle gerückt, die einmal mehr Verantwortung und Initiative erfordert, andererseits weit bessere pecuniäre Vortheile bietet. Auch diesen Posten kann sie ausfüllen; sie hat ihn bereits im zweiten Jahre inne.

An dem Fall 7A ist besonders die schwere Belastung der Kranken und vor allem die sich daraus ergebende Ungunst der häuslichen Verhältnisse in Betracht zu ziehen. Und vor allem nicht uninteressant ist das Moment, dass die Schwester der Patientin, etwas zeitlich später — aber in dem gleichen Lebensalter wie Patientin, ungeheilt aus der Anstalt entlassen wurde und zu Hause keinerlei Tendenz zur Heilung, eher zum Gegentheil zeigte. Alles dies besonders berücksichtigt, ist es um so bewunderungswerther, dass Patientin sich zu Hause so gut hält, vor allem, da die ganzen Pflichten des Hauses auf ihr ruhen. Allem

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:30 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kommt sie mit grosser Gewissenhaftigkeit und unermüdlichem Fleiss nach. Die Stimmung ist immer gleichmässig heiter; Patientin zeigt auch viel Geschick und Sinn für Musik und Handarbeit. In ihrem ganzen Wesen und Verhalten und in ihren geistigen Fähigkeiten ist keine Veränderung im Vergleich zu der Zeit vor ihrer Erkrankung eingetreten.

In Fall 8 habe ich die nöthige Bemerkung bereits früher gemacht; sie ist umsomehr zu beachten, als ich die Nachricht über das Befinden und die Thätigkeit der Betreffenden von einem Specialfachkollegen habe.

Der Fall 8A zeigt einen Patienten, der nach Ablauf der Psychose nicht nur seine frühere Beschäftigung wieder aufgenommen hat, sondern sich sogar social bedeutend verbessert hat. Zwei Jahre lang beschäftigte er sich, nachdem er sich nach der Entlassung aus der Anstalt zu Hause ganz erholt hatte, in gleicher Weise wie früher —, als Barbiergehülfe, und zwar zur völligen Zufriedenheit des Arbeitgebers, ohne die Stelle zu wechseln. Dann widmete er sich der Zahntechnik, bildete sich ein Jahr lang aus und wurde in diesem Fache selbstständig. Er versteht seine Sache sehr gut und hat gute Einnahmen zu verzeichnen.

Der Fall 9 bietet wieder das interessante Moment, was ich bereits in Fall 7 an zweiter Stelle hervorgehoben habe.

Besonders hervorheben möchte ich Fall 10; vorher erwähnte ich ihn bereits als einen besonders schweren Fall; schwere Katalepsie, blödes Lachen, ständig unrein, Symptome, die wenig Hoffnung auf Besserung, geschweige denn Heilung boten. Jetzt ist sie eine beliebte Lehrerin, die nach dem Urtheil ihrer Vorgesetzten in ihrem Fach Ausgezeichnetes leistet. Es wird doch von Keinem bestritten werden können, dass genügend Urtheil und Kritik vorhanden sein muss, um nicht nur seine Ansichten klar darzulegen, sondern auch bei anderem Interesse zu wecken und deren geistige Fähigkeiten zu fördern und zu bilden; das darf man wohl eine productive Thätigkeit nennen. Dann Fall 12 insofern interessant: Der Vater erlitt eine Jugendpsychose, wurde geheilt, übt bis heute seine pädagogische Thätigkeit aus, sein Sohn bekommt eine Jugendpsychose, wird geheilt, er ist jetzt als Referendar thätig. Productiv muss er wirken; Urtheile werden von ihm gefällt; weniger wichtig die Urtheile, als vor allem deren Begründungen. Er hat sein Referendarexamen glatt bestanden. Dies Examen erfordert schon nicht allein Wissen, sondern auch Können.

Weibliche Personen haben nach ihrer Erkrankung den Haushalt erlernt, haben verantwortungsvolle Posten als Haushälterin etc., jedenfalls Stellungen, die sie vor ihrer Erkrankung noch nicht inne hatten,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und noch nicht haben konnten, da sie das, was dazu gehört, noch nicht erlernt hatten. Sie haben also etwas Neues dazu gelernt und sind in einer besseren socialen Stellung thätig (Fall 1, 7, 9). Die übrigen (4 und 5) sind in den gleichen Stellungen etc. thätig wie früher.

Männliche Personen haben jetzt Stellungen wie Bankbeamter (3), Constructeur (4).

Fall 12 bedarf noch einmal besonders hervorgehoben zu werden, da er vollkommen poliklinisch ambulant behandelt ist. Besonders interessant war die letzte Zeit der Erkrankung, wo es, wie der Kranke sich einmal selbst ausdrückte, „langsam wieder in ihm aufzudämmern begann". Es konnte dann immer weiter beobachtet werden, wie er zunehmend freier wurde, wie er langsam für Alles Interesse bekam und dann schliesslich spontan das Verlangen nach seiner früheren Arbeit äusserte und diese auch zur vollen Zufriedenheit ausführen konnte.

Es soll hier nun nicht in Abrede gestellt werden, dass eine geringe Reizbarkeit bei den erkrankten Individuen vorhanden sein kann, auch ein gewisser Grad von Egoismus. Beides sind entschieden Charakterveränderungen und zweifelsohne auf die vorherige Erkrankungen zurückzuführen; aber wie mancher Kranke, der nicht psychisch, sondern nur körperlich krank war, bietet das Gleiche. Jedenfalls sind es Symptome so geringen Grades, dass man sie kaum zu rechnen braucht. Sind sie auffallender Natur, sind sie für den Kranken in irgend einer Weise hinderlich, so wird das von den Angehörigen ganz spontan vermerkt, wie ja die Fälle 14—17 beweisen. Von einer krankhaften Umwandlung der Persönlichkeit jegenfalls ist nicht zu reden; sonst könnten sie nicht dasselbe wie früher leisten. Denn ist einmal eine solche vorhanden, so ist die wirkliche Leistungsfähigkeit, wie Gruppe I bewies, gleich Null.

Das Hauptgewicht ist also auf die sociale Leistungsfähigkeit zu legen, die sich stützt auf Gleichgewicht der Stimmung, zielbewusste Energie, geistige Regsamkeit, ungeschwächtes Kritikvermögen und Urtheilskraft.

Nun zum Fall 14. Ihn möchte ich als typisches Beispiel für eine abgelaufene Jugendpsychose anführen, die einen geistigen Stillstand zur Folge hat: er hat es bis zum Maturitätsexamen gebracht; an den späteren Examina scheiterte er. Damals wie heute bietet er eine grosse Gedankenarmuth; enorme Energieschwäche und Entschlussfähigkeit lassen ihn zu nichts kommen. Er nimmt keine neuen Vorstellungen in sich auf; er verarbeitet auch die alten nicht mehr: Es mangelt ihm daher jedes Interesse. Ausserordentlich bestimmbar in seinem Handeln zeigt er eine auffallende Unlust zur körperlichen und geistigen Bethätigung. Dabei verräth sich noch ungeheure Urtheils- und Kritikschwäche, die sich am

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

besten in der Ueberschätzung seiner Persönlichkeit, Verkennung seiner Lage und Fehlen jeglicher Pläne äussert; der Schatz des vor der Erkrankung erworbenen geistigen Kapitals hat keine Einbusse erlitten. Es ist auch kein Ausfall der Aufmerksamkeit und der Anffassung zu beobachten; nur die Urtheilsbildung hat gelitten; es ist also die geistige Eigenschaft, deren völlige Entwickelung in die Jahre fällt, in der Patient steht. Sein Gedächtniss weist keine Lücken auf; das, was er bis zu seinen letzten Schuljahren geistig sich erworben, wusste er noch. Auch jetzt kann er noch etwas hinzulernen; „er sucht sich ja durch Lectüre von Fachschriften zu vervollkommnen". Aber das Umsetzen des Wissens in's Können, worin sich erst Urtheilskraft, die Höhe der Intelligenz zeigt, fehlt ihm. Und so ist er mit wenigen Unterbrechungen seit seinem Maturum noch obendrein von psychotischen Symptomen gequält. Zu den Zeiten, wo er etwas freier war, zeigte er das oben genannte Bild. Abgelaufen ist die Psychose erst mit der Entlassung aus der Anstalt. Seitdem ist er so weit frei, dass er sich erst mal ständig beschäftigen kann, doch nicht mehr in dem Rahmen, wie seine angefangene Laufbahn vermuthen und hoffen liess, sondern in einer rein mechanischen Thätigkeit. Er ist aus seinem Milieu auch herausgefallen; er, der anfangs studirte, erwirbt sich jetzt seinen Unterhalt (!) durch mechanische Gärtnerarbeit. Scheiden wir die Zeit der Psychose bei ihm aus, berücksichtigen wir sie nicht, so werden wir in ihm das Bild des typischen geistigen Stillstandes wieder finden, wie ich ihn in der Gruppe I zu skizziren versucht habe.

Die letzten Fälle, 14—17, lassen mich im Zweifel, ob man bei ihnen von einer Heilung reden kann, zur Zeit jedenfalls noch nicht. Sie stehen sehr auf der Grenze; die Auskünfte klingen zum Theil doch sehr bedenklich, ganz anders wie die der ersten Fälle: die Charakterveränderung scheint bei ihnen doch nicht ganz leichter Natur zu sein, die gesammte Persönlichkeit ist eine andere geworden; einmal sind die Individuen noch nicht wieder in voller Beschäftigung, das heisst, es muss auf sie noch in jeder Weise zuviel Rücksicht genommen werden (14), oder es besteht eine so geringe Widerstandsfähigkeit des Gemüths, dass oft Stellenwechsel erfolgt (15), oder es besteht noch beständig der Verdacht auf ein Wiederaufflackern des Processes, der womöglich noch nicht abgelaufen ist (16).

Zunächst Fall 14: gebessert hat sich dieser Fall zu Hause noch ganz entschieden. Denn der Befund bei der Entlassung der Kranken erweckte überhaupt wenig Vertrauen für die Zukunft: Fehlen jeder Initiative zur Arbeit, keinerlei Interesse für irgend eine Beschäftigung;

Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

blödes Lachen; direct stumpf und theilnahmlos. Seit der Entlassung ist, wie gesagt, eine Besserung erfolgt: Patientin geht jetzt zum Nähenlernen; dabei muss vor allem vermerkt werden: „viel Mühe und grosse Lust". Darin ist der wesentliche Fortschritt zu sehen. Ferner ist auch allmälig die Reizbarkeit und die Labilität der Stimmung zurückgegangen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die Besserung allmählig noch weiter geht, vor allem erst mal so weit, dass die Kranke wieder das leistet, womit sie früher ihr Brod verdient hat. Es darf aber nicht vergessen werden, dass erst verhältnissmässig sehr kurze Zeit nach der Entlassung verflossen ist, und dass sich der Zustand zur Zeit immer noch bessert.

Was ich eben bei dieser Patientin besonders hervorhob, dass nämlich die Beobachtungszeit nach der Entlassung noch zu kurz ist, vor allem dass sich der Zustand zur Zeit noch bessert, das gilt noch mehr von dem Fall 15. Der Versuch der Beschäftigung ist mit dem Kranken gemacht worden, doch mit geringem Erfolge. Er ist noch nicht so social brauchbar wie früher. Reizbarkeit und Mangel an Ausdauer hindern ihn an der vollen ihn und seine Umgebung zufriedenstellenden Ausübung seines erlernten Handwerks; „saubere und gute Arbeit" liefert er wohl, doch wie? Was für eine Zeit braucht er dazu gegen früher! Ganz typisch ist die Mittheilung der Behörde an die Anstalt, als es sich um die definitive Entlassung handelte; sie stimmte, aber sie war nicht ausreichend; das was noch krankhaft war, das heisst vom ärztlichen Standpunkt für krankhaft angesehen werden musste, wurde absichtlich (?) nicht erwähnt. Es kam ja aber auch garnicht so wesentlich in Betracht, da es sich ja zunächst nur um die Entlassung handelte. Und gegen diese sprachen genannte Momente ja nicht.

Die Auskunft über den Fall 16 lässt noch nicht klar sehen: Die Kranke wurde verhältnissmässig gut gebessert — im Vergleich zu den eben angeführten Fällen — entlassen und es ist schon wesentlich längere Zeit vergangen. Sie ist in der gleichen Thätigkeit wie früher: sie vertritt sozusagen Mutterposten in der Familie; wenn man ihr Alter und die Erkrankung in Betracht zieht, immerhin schon eine ziemlich grosse Leistung. Sie ist aber doch nicht so anzuerkennen, als wenn sie in fremden Verhältnissen lebte, wo sie auf Gelderwerb angewiesen wäre; es kann hier immer Rücksicht genommen werden; sie kann bei jedem geringen Anlass geschont werden; und so wird es auch wohl sein. Und bis vor kurzem konnte sie noch nicht ständig und regelmässig ihrer Arbeit nachgehen. Immerhin ist auch hier die Besserung in der letzten Zeit nicht zu verkennen, doch muss zur Fällung eines definitiven Urtheils noch einige Zeit abgewartet werden.

Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Der zuletzt erwähute Fall No. 17 giebt auch keine genügend klare Auskunft; sicher ist erst einmal, dass Patient bis zuletzt noch „nervenleidend im Sinne eines Laien“ war, und das will wohl beachtet sein. Nicht so wesentlich in's Gewicht fällt das Moment, dass der p. M. sein theologisches Examen mit „gut“ bestanden hat. Das kann er schon bestehen, aber wird er in seinem Fach productiv thätig sein können? Das hat er nicht bewiesen. Er war nach wie vor seinem Examen zu Hause bei seinem Vater thätig, der dem gleichen Beruf oblag und auf ihn in der denkbar günstigsten und vor allem ausgiebigsten Weise Rücksicht üben konnte; für diesen gilt in vollem Maasse das, was ich schon bei Fall 16 hervorhob: die Thätigkeit in den häuslichen Verhältnissen ist nie in dem gleichen Maasse einzuschätzen wie die gleiche in fremden Verhältnissen.

Was diese Fälle mit den ersten noch gemein haben, ist die sogenannte Krankheitseinsicht; sie ist bei Jedem vorhanden. Aber sie ist ja nur ein Beweis für das Abgelaufensein des acuten Processes und nicht für das Eingetretensein der Heilung.

Immerhin kann zur Zeit über die Fälle 14—16 noch kein abschliessendes Urtheil gefällt werden, jedenfalls nicht in dem Sinn, dass die Fälle mit Demenz geendigt hätten. Denn da möchte ich Hitzig's Ansicht besonders vertreten, dass man als solche nur solche Störungen betrachtet, welche einen stationären oder progressiven, jedenfalls unheilbaren Zustand darstellen. Das Gegentheil ist in diesen Fällen aber vorhanden und wohl zu beachten: sie haben sich in letzter Zeit immer noch geändert, und zwar nur nach der Seite der Besserung, nach dem Ziele der vollkommenen Heilung.

Zu den ersten Fällen möchte ich aus meinem Bekanntenkreis einen Fall mittheilen; es handelt sich um einen Collegen, der als Student in dem ersten Semester eine schwere Psychose durchmachte, geheilt wurde, weiter studirte, allerdings in den ersten Jahren eine gewisse Reizbarkeit zeigte, von einer Schonung keinen wesentlichen Gebrauch machte, das heisst, genau so lebte wie früher, die Freuden des Studentenlebens in vollen Zügen genoss, seine Examina trotz Allem sogar rechtzeitig und vorzüglich bestand, später seinen militärischen Uebungen regelmässig oblag und jetzt eine anstrengende aber auch einkömmliche Praxis besitzt.

Zu meinen geheilten Fällen kann mir noch erwidert werden, es könnte sich jedes Mal nur um eine Remission handeln. Gewiss, je nach der Auffassung, wenn man den Begriff der Remission eventuell sogar auf eine Zeitdauer von 10 Jahren ausgedehnt wissen will, wie es kürzlich von einem Autor geschehen ist. Viel erklärlicher und nahe-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liegender ist die Deutung, dass es sich, da der erste Process abgelaufen ist, um eine Neuerkrankung handelt, bei einer körperlichen Erkrankung würde jedenfalls so verfahren werden. Besonders auf Fall 5 möchte ich bezüglich dieses Punktes nochmals hinweisen.

Kurz zusammengefasst komme ich darauf hinaus, dass man als geheilt die Fälle wohl ansehen darf, bei denen die Individuen im Vergleich zu der Zeit vor der Erkrankung keine wesentliche Veränderung ihrer gesammten geistigen Persönlichkeit aufzuweisen haben und die sociale Leistungsfähigkeit derselben bei der Thätigkeit im practischen Leben keine Einbusse gegen die frühere Zeit erlitten hat.

(Fortsetzung im nächsten Heft.)

Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XXII.

Emanuel Mendel †.

Am 23. Juni starb in Pankow bei Berlin nach längerem Leiden der Geh. Medicinalrath Professor Emanuel Mendel. Im Jahre 1839 zu Bunzlau geboren, war er geraume Zeit in der allgemeinen Praxis thätig, bis sich seine psychische und neurologische Thätigkeit entwickelte.

Eine grosse Arbeitskraft, ausdauernder Fleiss und glückliche Begabung waren ihm eigen und zeitigten, zunächst ohne äussere Anlehnung an wissenschaftliche Institute, eine Reihe bedeutsamer Arbeiten. Nach seinem Eintritt in die Lehrthätigkeit wuchs die Zahl seiner wissenschaftlichen Veröffentlichungen. — Sie hier aufzuzählen, erscheint nicht erforderlich, bekannt sind vor Allem die zusammenfassenden Arbeiten über Paralyse und Manie, seine übersichtlichen Darstellungen aus der Gehirnanatomie, ein Thema, das er auch mit Erfolg in seinen Vorlesungen behandelte. Rühmend ist besonders seiner Mitarbeit an den Fragen zu gedenken, die im Anschluss an die Gesetzgebung für die psychiatrische Thätigkeit sich ergaben, und die er bis zuletzt mit dem ihm eigenen Eifer fortsetzte.

Die psychiatrisch-neurologische Literatur hat Mendel auch durch Herausgabe des Neurologischen Centralblattes und des Jahresberichts gefördert.

Ein ungemein arbeitsreiches Leben ist zum Abschluss gelangt. M. erschien immer wieder auf dem Platze, obgleich die grossen Anstrengungen, die er sich zugemuthet, in dem letzten Jahre in seinem Gesundheitszustande sich bemerklich machten.

M. war ein Freund der Geselligkeit, von frohem Wesen mit Humor und Geist durchtränkt, entgegenkommend und natürlich. Seine Art und Weise, frei von falschem Pathos, wie von aller Ueberschätzung von Aeusserlichkeit, festigte die Zuneigung mit der Dauer des Verkehrs.

Seine Anhänglichkeit bewährte sich seinen Freunden wie seinem Wohnorte Pankow, für den er viel gethan hat.

So wird nicht nur von wissenschaftlichem Kreise der Fachgenossen, sondern von den Vielen, die mit ihm in seiner ausgebreiteten Thätigkeit in Berührung kamen, sein Andenken werth gehalten werden. C. Moeli.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XXIII.

Berliner Gesellschaft

für

Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 9. Januar 1905.

Vorsitzender: Herr Mendel.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Bei der Neuwahl des Vorstandes wird zum ersten Vorsitzenden erwählt Herr Mendel; zum stellvertretenden Vorsitzenden Herr Ziehen; zum zweiten Herr W. Sander; zum ersten Schriftführer und Schatzmeister Herr Bernhardt; zum zweiten Schriftführer Herr Moeli. Die Mitglieder zur Aufnahmecommission werden durch Acclamation wiedergewählt.

Die Gesellschaft beschliesst ferner, ihr diesjähriges Stiftungsfest durch ein Diner am 6. Februar zu feiern.

Herr Vorkastner: Demonstration des Gehirns einer im Frühjahr des vorigen Jahres von Herrn Ziehen vorgestellten Patientin.

Das klinische Bild, an dessen Einzelheiten noch einmal kurz erinnert wird, führte zur Diagnose einer intrapontinen Neubildung. Die Section brachte die Bestätigung dieser Annahme.

Was an dem Präparat vor Allem auffällt, ist die colossale Auftreibung der Brücke, die fast auf das Doppelte ihres Volumens vergrössert erscheint. Ein Querschnitt im oberen Theil lässt, abgesehen von der diffusen Auftreibung, nichts Pathologisches erkennen. Auf weiter unten angelegten Querschnitten findet sich ebenfalls nichts von einer circumscripten Neubildung: nur ist die Zeichnung deutlich verwaschen. Je mehr man sich der Medulla nähert, desto mehr tritt hervor, dass die rechte Brückenhälfte stärker von der Auftreibung befallen ist. Dies stimmt mit den klinischen Symptomen überein, die auf ein vorzugsweises Befallensein der rechten Brückenhälfte hindeuten. Mikroskopisch wird sich vermuthlich die diffuse Gliomatose der Brücke ergeben.

Herr Mendel: Zur Revision des § 51 des Strafgesetzbuches.

Die jetzige Fassung des § 51: „Eine strafbare Handlung ist nicht vor-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

handen, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war", ist aus mannigfachen Compromissen hervorgegangen.

Wie aus dem Gutachten der Königl. Wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, welches Virchow in seinen Abhandlungen aus der öffentlichen Medicin (II, S. 506) veröffentlicht, hervorgeht, beabsichtigte das preussische Ministerium den bis dahin gültigen § 40 des preussischen Strafgesetzbuches: „Ein Verbrechen oder Vergehen ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der That wahnsinnig oder blödsinnig, oder die freie Willensbestimmung desselben durch Gewalt oder durch Drohungen ausgeschlossen war", dahin abzuändern, dass es nur heissen sollte: „Ein Verbrechen oder Vergehen liegt nicht vor, wenn zur Zeit der That die freie Willensbestimmung des Thäters ausgeschlossen war".

Die wissenschaftliche Deputation hatte erhebliche Bedenken gegen dieses Kriterium der freien Willensbestimmung und schlug principaliter die Fassung vor: „Wenn der Thäter sich zur Zeit der That in einem Zustande von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand".

Durch Hinzufügung der „Bewusstlosigkeit", wodurch sich auch jene Zustände krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, wie sie bei Fiebernden, im Rausche, bei Epilepsie u. s. w. vorkommen, einfügen liessen, und der von juristischer Seite durchaus als nothwendig erachteten Ausschliessung der freien Willensbestimmung wurde der jetzt gültige § 51. Bemerkt mag dabei noch werden, dass zuerst auch der Ausschluss der freien Willensbestimmung in Bezug auf die Handlung gefordert wurde, um die That als zurechnungsunfähig anzuerkennen, dass aber bei der Plenarberathung im Reichstage durch die Bemühungen Zinn's das „in Bezug auf die Handlung" gestrichen wurde.

In der nun folgenden Zeit lehnte die wissenschaftliche Deputation im preussischen Ministerium es ab, in ihrem Gutachten die Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung zu beantworten und beschränkte sich darauf, zu sagen, ob der Thäter sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden hat.

Nach Westphal's Tode wurde allerdings hinzugefügt: „im Sinne des 51".

Ich selbst habe seit einem Menschenalter dagegen angekämpft, dass die ärztlichen Sachverständigen in foro den Relativsatz, d. h. die Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung beantworteten. In diesem Kampfe habe ich beinahe allein gestanden. Ich werde Sie nicht mit der ausgedehnten Literatur hierüber behelligen. Es genügt, wenn ich aus dem Jahre 1901 Folgendes anführe: Aschaffenburg sagt, nachdem er meine Gründe gegen die Beantwortung jenes Passus angeführt: „Ich theile Mendel's Ansicht nicht; es ist schliesslich doch ein müssiger Wortstreit, ob man sein Gutachten auf die freie Willensbestimmung ausdehnen dürfe oder nicht; thatsächlich kann der Richter unser Urtheil nicht entbehren". (Hoche, Handbuch der Psychiatrie, S. 16.)

Meine Gründe waren aber im wesentlichen folgende:

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Die freie Willensbestimmung ist kein medicinischer Begriff, der Arzt ist als Sachverständiger nicht in der Lage, über Bestehen oder Ausschluss derselben Auskunft zu geben.

2. Versteht man unter freier Willensbestimmung bezw. setzt man dafür lediglich die Thatsache, dass Handlungen aus einem Kampf sich associirender und contrastirender Vorstellungen hervorgehen können, so ist es als eine allgemein angenommene Thesis der Psychiatrie zu betrachten, dass Geisteskrankheit einen in normaler Weise sich vollziehenden Widerspruch zwischen jenen Vorstellungen (also freie Willensbestimmung) ausschliesst.

3. Der Gesetzgeber hat durch die Motive zum § 51 seinen Willen, hervorragende Rechtslehrer haben durch ihre Commentare zum deutschen Strafgesetzbuch ihre Ansicht dahin ausgesprochen, dass der Relativsatz: durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, nicht von dem sachverständigen Arzte zu beantworten sei.

„Bei der gewählten Fassung des Paragraphen hat man zugleich mit den Schlussworten desselben ausdrücken wollen, dass die Schlussfolgerung selbst, nach welcher die freie Willensbestimmung in bezug auf die Handlung ausgeschlossen war, Aufgabe des Richters ist".

Dazu kommt aber noch ein eminent practischer Grund.

Wer in ausgedehnterer Weise forensisch thätig ist, wird wissen, dass sich in den sogenannten zweifelhaften Fällen die Erörterung zwischen Sachverständigen und den Juristen, eventuell auch den Geschworenen nicht um die Frage der Bewusstlosigkeit oder der krankhaften Störung der Geistesthätigkeit dreht, da hier wohl von Laien einem begründeten ärztlichen Ausspruch gegenüber kaum in wirksamer Weise wird widersprochen werden können. Ganz anders ist die Sachlage in dem Augenblicke, in welchem sich der Arzt auf das Gebiet der freien Willensbestimmung begiebt. Hier hat jeder Jurist seine wohlbegründete Theorie, auch jeder Geschworene meint zu wissen, „was freier Wille" sei.

Die in der öffentlichen Discussion geübten Staatsanwälte und Vertheidiger bringen je nach ihrer Auffassung des streitigen Falles den Sachverständigen in ein Kreuzfeuer, in welchem er nur zu oft, besonders wenn es ihm an der Dialectik fehlt, welche jenen eigen ist, den kürzeren zieht. Oft geht das Ansehen der Sachverständigen aus derartigen Discussionen nicht gerade in glänzender Weise hervor. Zahlreiche Beispiele können dies des näheren beweisen.

Zu meiner grossen Befriedigung sehe ich nun, dass sich in der allerletzten Zeit ein Umschwung der Meinungen der Psychiater vorbereitet, welche meinen Bedenken gegen die Fassung des § 51 für die zu erwartende Revision desselben Rechnung trägt. Ich möchte nach dieser Richtung nur meinen früheren Gegner Aschaffenburg aufführen. Derselbe erklärt 1904: „Der § 51 unserer Strafgesetzgebung hat eine Reihe grober und grosser Mängel; in dieser Anschauung stimmen wohl alle Juristen und Aerzte überein, und auch wohl darin, dass Wort und Begriff der „Willensfreiheit" in Fortfall kommen müssen. Die „Willensfreiheit" ist ein metaphysischer Begriff, der nicht zur Charakterisirung einer Gesetzbestimmung benutzt werden darf. So oft man auch behauptet hat,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Discussion über die Willensfreiheit sei für die Frage der Zurechnungsfähigkeit ohne Bedeutung, thatsächlich ist die Erörterung über Determinismus und Indeterminismus immer wieder auf's neue entbrannt, ohne aber bei allem wissenschaftlichen Nutzen die practische Brauchbarkeit des § 51 zu erhöhen. Wir haben auch einen Begriff wie den der Willensfreiheit nicht nöthig. An seine Stelle kann und muss ein Ausdruck gesetzt werden, der nicht zu philosophischen Erörterungen Anlass giebt". (Hauptversammlung der Medicinalbeamten zu Danzig 1904. Officieller Bericht S. 68.)

Der berühmte Strafrechtslehrer an unserer Universität, Herr Prof. Kahl, sagt bei den Verhandlungen des 27. Deutschen Juristentages 1904 nach Erörterungen der verschiedenen Ansichten über die freie Willensbestimmung: „Liegen die Dinge aber so, dann ziehe ich von meinem indeterministischen Standpunkt den Schluss, dass die Säulen der Gerechtigkeit nicht stürzen und die Tempel der Themis nicht einfallen würden, wenn heute der Ausdruck „freie Willensbestimmung" aus § 51 entfiele". (Sonderabdruck S. 83.)

Sind Aerzte und Juristen aber darin einig, dass die freie Willensbestimmung aus dem § 51 bei dessen Revision beseitigt werden müsste, so dürfte auch das Ziel einer dahingehenden Agitation erreicht werden.

Wie soll aber in Zukunft der § 51 lauten?

Ich schliesse bei der Beantwortung dieser Frage jede Erörterung über die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit aus, da dieselbe einer besonderen Behandlung bedarf und nicht in zwingendem Connex mit dem § 51 steht. Aschaffenburg schlägt (l. c.) folgende Fassung vor: „War der Thäter zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung geisteskrank, blödsinnig oder bewusstlos, so wird er nicht bestraft. Der Richter verfügt seine vorläufige Unterbringung und überweist ihn dem Entmündigungsrichter".

Dagegen habe ich mancherlei Bedenken. Ich sehe nicht recht ein, warum neben „geisteskrank" noch „blödsinnig" steht. Der Blödsinnige ist doch auch geisteskrank.

Dass der Richter die vorläufige Unterbringung und Ueberweisung an den Entmündigungsrichter dann verfügen soll, wenn jemand nur vorübergehend zur Zeit der Begehung der Handlung bewusstlos oder geisteskrank war, jetzt aber völlig gesund ist, erscheint mir nicht richtig. In manchen Fällen dürfte durch die Ausführung einer solchen gesetzlichen Bestimmung und ein fortgesetztes processuales Vorgehen gegen den Freigesprochenen dieser direct und erheblich geschädigt werden.

Ich habe vorgeschlagen, dem § 51 folgende Fassung zu geben: „Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung bewusstlos oder geisteskrank war".

Mit dieser Fassung würde im wesentlichen demjenigen Rechnung getragen sein, was unserer Gesellschaft vor 35 Jahren für zweckmässig erachtet hat, und was auch die wissenschaftliche Deputation seiner Zeit principaliter für das Beste erachtete.

Auch Herr Prof. Kahl erklärte, dass er gegen die von mir vorgeschlagene Fassung nichts Gründliches einzuwenden habe. „Eine solche kürzere

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fassung schiene aus mehrfachem Grunde sogar empfehlenswerth, und nicht zum geringsten aus dem, dass alsdann gegenüber dem Schuldausschliessungsgrunde der Geisteskrankheit der Milderungsgrund des nur krankhaften Zustandes der verminderten Zurechnungsfähigkeit auch sprachlich in gemeinverständlicher Weise abgehoben wäre".

Mit einer solchen kurzen Fassung und dem Wegfalle des Ausschlusses der freien Willensbestimmung würde Deutschland dem Beispiele Frankreichs, Belgiens, Norwegens, der Schweiz und auch der Türkei folgen.

Schliesslich empfehle ich, die Frage und meinen Antrag einer zu wählenden Commission zu überweisen.

Discussion.

Herr Moeli: Die Ausschliessung der „freien Willensbestimmung" (nicht „freien Willens") würde die Mehrzahl mit Herrn Mendel ohne Bedauern fallen sehen. — Anders liegt die Frage, ob, so lange diese Formel besteht, ihre Benutzung grundsätzlich verweigert werden soll. M. hält dies nach der Auslegung, die sie finden kann und gefunden hat, nicht für nöthig, glaubt auch nicht, dass die Behörden und Kahl auf so strengem Standpunkte stehen.

Jetzt, wo soviel von Berücksichtigung der Zurechnungsfähigkeit Minderwerthiger gesprochen wird, kommt noch ein Punkt in Betracht. Die krankhafte Störung der Geistesthätigkeit würde, wenn sie, abgesehen von der Höhe, die Unzurechnungsfähigkeit bedingt — bei leichten Graden zur Annahme verminderter Schuld und verändertem Strafvollzug allgemein verwandt werden soll, wohl eines eine Abstufung ermöglichenden Zusatzes oder eines unterscheidenden Ausdrucks bedürfen.

Sollte eine Commission die Frage behandeln, so müsste sie das angesichts der Bestrebungen auf strafrechtliche Behandlung Zurechnungsfähiger mit psychischen Anomalien beachten.

Herr Mendel glaubt, dass der § 51 mit der verminderten Zurechnungsfähigkeit nichts direct zu thun habe. Auch in Frankreich sei man mit der von ihm vorgeschlagenen Fassung gut seit 100 Jahren ausgekommen. — In die Commission zur Berathung dieser Frage werden gewählt die Herren: Ziehen, Moeli, Mendel, Sander, Koenig, Leppmann und Strassmann.

Herr H. Oppenheim: Kurze Mittheilung zur Symptomatologie der Tumoren der hinteren Schädelgrube.

M. H.! In der Junisitzung des vorigen Jahres ist es im Anschluss an eine interessante Demonstration des Herrn Ziehen zu einer Discussion gekommen, in der sich über die Bedeutung der Areflexie und Anästhesie der Cornea Meinungsverschiedenheiten geltend machten. Auf diese Frage möchte ich heute unter Mittheilung eines Falles und Demonstration eines Präparates zurückkommen.

Am 20. October 1903 wurde mir in der Poliklinik ein 9jähriger Knabe vorgestellt mit der Angabe, dass er seit ca. einem Jahre an Anfällen von Kopfschmerz und Erbrechen leide. Der Gedanke, dass es sich um einfache Migräne handele, konnte um so mehr auftauchen, als auch die Mutter an Migräne litt

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und die Anfälle des Knaben angeblich besonders leicht durch Geräusch ausgelöst wurden. Aber die objective Untersuchung führte sofort zu einer anderen Auffassung: Ich constatirte nämlich beiderseitige Stauungspapille als Hauptsymptom und dann noch eine Reihe kleiner Zeichen, die aber für die Beurtheilung des Sitzes der Affection nicht belanglos waren; nämlich 1. eine Areflexie der linken Cornea, während die Sensibilität im übrigen Gebiet des linken Trigeminus normal war; 2. eine Steigerung der Sehnenphänomene besonders am rechten Bein, das Babinski'sche Zeichen beiderseits, während sich das dorsale Unterschenkelphänomen nur rechts fand. Auffallend ausgeprägt waren noch Mitbewegungen besonders in den rechten Gliedmaassen, z. B. beim Vorstrecken der Zunge.

Schwankte meine Diagnose auch anfangs noch zwischen einem Tumor des Kleinhirns und der basalen Fläche des linken Stirnlappens, und musste auch an Meningitis serosa chronica gedacht werden, so gelangte ich doch schon bei der 2. Untersuchung, die zwei Tage später vorgenommen wurde, zu der bestimmten Annahme eines Kleinhirntumors, und zwar eines Tumors der linken Kleinhirnhemisphäre.

Freilich fand sich eine percutorische Empfindlichkeit sowohl in der linken Stirn-, wie in der linken Hinterhauptsgegend, aber das frühzeitige Hervortreten und die starke Ausbildung der Stauungspapille und vor Allem das isolirte Zeichen der Areflexia corneae war für meine Entscheidung maassgebend. Während in der Folgezeit die anderen Erscheinungen Schwankungen ausgesetzt waren — so war z. B. das Babinski'sche Zeichen nicht später zu constatiren, so trat Kopfschmerz und Erbrechen für 6 Wochen völlig zurück — blieb die Stauungspapille, die Areflexie der linken Cornea und das dorsale Unterschenkelphänomen der rechten Seite constant.

Ich verlor dann Patient aus den Augen, bis ich vor einigen Wochen die Nachricht von seinem Tode erhielt. Herr Dr. Flatau unterzog sich auf meine Veranlassung der Mühe, die Schädeleröffnung in der Wohnung vorzunehmen und es fand sich der vermuthete Tumor an der basalen Fläche der linken Kleinhirnhemisphäre, ausserdem ein beträchtlicher Hydrocephalus. (Demonstration.)

Der Fall könnte ja zu manchen Betrachtungen Anlass geben. Mir liegt aber nur daran, die Bedeutung des einen Symptoms noch einmal in das rechte Licht zu setzen. Ich kann dabei auf meine früheren Abhandlungen verweisen. So habe ich mich z. B. in meinen Beiträgen zur topischen Diagnostik der Gehirnkrankheiten (Mittheil. aus d. Grenzgeb. der Medicin und Chirurgie, Bd. VI, Heft III, 1900) über diesen Punkt folgendermaassen geäussert (Seite 390): „Aber einen Punkt möchte ich heute schärfer als in meinen früheren Abhandlungen hervorheben: es ist die Thatsache, dass die durch Kleinhirngeschwülste hervorgerufene Trigeminusaffection sich häufig ausschliesslich oder für lange Zeit ausschliesslich durch Areflexie der Cornea und Conjunctiva (mit oder ohne Anästhesie derselben) verräth . . .“ Es folgt dann der Hinweis auf meine früheren Veröffentlichungen, betreffend dieses Symptom und es heisst dann weiter: „Da ich inzwischen dieses Symptom in wenigstens einem Dutzend

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fällen von Tumor cerebelli gefunden habe, möchte ich mit grösserem Nachdruck auf seine Bedeutung hinweisen: Gewächse, welche sich im Bereich einer Kleinhirnhemisphäre entwickeln, rufen nicht selten eine Areflexie und Anästhesie der entsprechenden Cornea und Conjunctiva als einziges oder erstes Zeichen der Quintusaffection hervor. Ob es sich hier um Druckwirkung auf die spinale Trigeminuswurzel oder auf den N. trigeminus selbst handelt, vermag ich nicht zu sagen. Für letztere Annahme spricht eine neuere Beobachtung Saenger's, in welcher der Trigeminus durch ein Kleinhirnsarcom völlig plattgedrückt war, während auf eine Betheiligung desselben nur das Fehlen des Conjunctival- und Cornealreflexes hingewiesen hatte".

Ich brauche zu dem heute nichts weiter hinzuzufügen als dass sich meine Erfahrungen bezüglich dieses Symptomes inzwischen wesentlich erweitert haben und eine volle Bestätigung der früher von mir festgesetzten Thatsachen bilden.

Die nochmalige Betonung der Thatsache schien mir aber wichtig einmal im Hinblick auf den Einwand des Herrn Ziehen. Er äusserte sich, wie Sie sich erinnern werden, dahin, dass in seinen Beobachtungen diese Areflexie der Cornea sich doppelseitig gefunden habe und dass er deshalb in der Werthschätzung des Zeichens zurückhaltend und skeptisch sei, weil die Reflexerregbarkeit der Cornea auch bei Gesunden in weiten Grenzen schwanke. Ich erwiderte schon damals, dass auch nach meinen Erfahrungen die Intensitätsdifferenzen im Verhalten des Cornealreflexes erhebliche seien, eine völlige Areflexie jedoch kaum vorkomme, dass ich aber in einem grosse Theile meine Fälle verfolgen konnte, wie sich aus der zunächst isolirten Areflexie (mit oder ohne Anästhesie) der Cornea im weiteren Verlauf eine Anästhesie im übrigen Trigeminusgebiet entwickelte. Aber noch aus einem anderen Grunde schien es mir geboten, auf die Erscheinung zurückzukommen, weil sie nämlich noch nicht zur allgemeinen Kenntniss gelangt ist und in der fachmännischen Literatur noch recht vernachlässigt wird. So ist — um nur ein Exempel herauszugreifen — soeben eine interessante Arbeit von Funkenstein über die Tumoren des Kleinhirnbrückenwinkels erschienen (Mittheilungen aus den Grenzgeb. der Med. und Chir. Bd. XIV, Heft 1 und 2), in der über 6 Fälle berichtet wird, in denen das Verhalten des Cornealreflexes von Interesse gewesen wäre — aber nur in einem ist über diesen Punkt eine Angabe gemacht. — Ich habe also wohl Anlass, die Bedeutung des Symptoms für die Diagnostik der Geschwülste der hinteren Schädelgrube noch einmal mit Nachdruck hervorzuheben.

Im Anschluss daran möchte ich Ihnen noch ein Präparat demonstriren, das ein mehr historisches Interesse hat. Es ist das ein Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels, den ich im Jahre 1889 beschrieben habe, weil es mir damals gelang, die Diagnose intra vitam so exact zu stellen, dass ich dem Obducenten bei der Autopsie eine Zeichnung des Tumors von fast photographischer Treue überreichen konnte. Bei der Entwickelung, welche die Lehre von den Geschwülsten des Kleinhirnbrückenwinkels in den letzten Jahren erlangt hat, dürfte es nicht ohne Interesse sein, dieses Präparat nach 15 Jahren noch einmal zu demonstriren.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herr H. Oppenheim: Ueber Missbrauch der Sehnentransplantation.

(Der Vortrag ist inzwischen ausführlich in der Berliner klin. Wochenschrift No. 7, 1905, veröffentlicht worden.)

Sitzung vom 6. März 1905.

Vorsitzender: Herr Mendel.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Vor der Tagesordnung:

Herr Schuster: Der 39jährige Patient, welcher meiner Poliklinik von Herrn Kollegen Vollmann überwiesen wurde, erlitt im Jahre 1898 einen Bruch der Wirbelsäule in der Höhe des ersten Lendenwirbels. Ueber die ersten Erscheinungen von Seiten des Nervensystems habe ich nichts erfahren können, nur so viel ist gewiss, dass in der chirurgischen Klinik des Herrn Geheimraths König die Diagnose Wirbelsäulenbruch gestellt wurde. In dem aus der chirurgischen Klinik erstatteten Gutachten wird der Fall als ein glänzend geheilter bezeichnet, da nur eine partielle Lähmung des linken Beines mit Herabsetzung der Sensibilität ebendortselbst zurückgeblieben war. Die späteren Untersucher und Begutachter fanden nun in den folgenden Jahren stets im Wesentlichen den nämlichen Befund einer motorischen und sensiblen Lähmung des linken Beines. Einige der Untersucher sprechen ihr Befremden aus über den Wechsel in den Sensibilitätsbefunden, alle sehen aber die Lähmung als spinal bedingt an. Stets wurde — das sei besonders betont — Fehlen des linken Patellarreflexes notirt. Die augenblickliche Untersuchung ergiebt, abgesehen von dem Befunde an den Beinen, nur das Bestehen dieses eigenthümlichen gespannten Gesichtsausdruckes, den Sie hier sehen, sowie einen Händetremor. Nun der locale Befund: Es bestehen keine spastischen Zustände in den Beinen, keine Atrophien links, keine trophischen Störungen, kein Temperaturunterschied zwischen rechtem und linkem Bein. Bei Widerstandsbewegungen ist die linkerseits von dem Bein producirte Kraft eine auffallend gute, ebenso bemerken Sie beim Entkleiden des Kranken, dass er das linke Bein gut bewegt, beugt und streckt und sich auf dasselbe beim Gehen stützt. Dagegen hält er das linke Bein beim Gehen ganz steif, etwas abducirt und schleift das ganze Bein wie einen toten Stock nach. Der Patellarreflex ist rechts vorhanden, links fehlt er. Ebenso gelang es mir nicht, die Achillesreflexe rechts oder links auszulösen, doch möchte ich darauf keinen besonderen Werth legen, da Patient Plattfüsse hat. Der Sohlenreflex ist jedoch, das bemerke ich ausdrücklich, beiderseits in normaler Form vorhanden, ebenso die anderen Hautreflexe. Es besteht anscheinend völlige Anästhesie des ganzen linken Beines, aber auch eine beträchtliche Hypästhesie des linken Armes, der linken Rumpf- und Gesichtsseite.

Schliesslich zeige ich Ihnen noch das Vorspringen des I. Lendenwirbels, die trotzdem gut erhaltene Beweglichkeit der Wirbelsäule, sowie das Bestehen von Dermographie. Psychisch ist Patient sehr wehleidig und leicht erregbar.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Diagnose kann bei Widersprüchen in den motorischen Leistungen des linken Beines, bei der Hemianästhesie, sowie bei dem Fehlen von Spasmen und dem Fehlen des Babinski'schen Zeichens nur auf eine hysterische Lähmung des linken Beines gestellt werden. Dabei mag bemerkt werden, dass frühere Begutachter schon einige Male den Verdacht der Simulation aussprachen. Das einzige organische Krankheitszeichen ist das Fehlen des linken Patellarreflexes. Man kann sich nur vorstellen, dass die Reflexcollateralen im Rückenmark durch eine kleine Blutung unterbrochen sind; denn für das Bestehen einer Blutung in der Vorderhornsubstanz fehlt jedes sonstige Anzeichen (keine Atrophien, keine electrischen Veränderungen u. s. w.).

(Nachträglich macht mich Herr Geheimrath Bernhardt auf einen von ihm im Neurol. Centralbl. 1900, No. 5 veröffentlichten ähnlichen Fall von wahrscheinlicher Hämatomyelie aufmerksam.) (Autoreferat.)

Herr Kronthal: Die alten Anschauungen über Wesen und Leistung der Nervenzelle sind in sich widerspruchsvoll, deshalb abzulehnen. Auf Grund unserer Kenntnisse von den Eigenschaften der Leukocyten und den Eigenschaften des Centralnervensystems glaube ich schliessen zu müssen, die Nervenzellen entstehen aus Leukocyten. Da diese Vorstellung zu widerspruchsfreien Consequenzen führte, da irgend ein verständiger Grund gegen dieselbe bisher nicht vorgebracht ist, halte ich an ihr fest und bin bemüht, sie weiter zu stützen.

Das Entstehen der Nervenzellen aus Leukocyten ist inductiv nicht nachzuweisen, sondern nur deductiv. Ist unsere Vorstellung richtig, so müssen Fremdkörper, welche in den Blutkreislauf des lebenden Thieres gelangen, sofern sie von Leukocyten aufgenommen werden, sich in den Nervenzellen wiederfinden. Die Aufgabe klingt einfach; ihre Lösung gestaltet sich aus einer Reihe von Gründen, die jetzt übergangen sei, nicht ganz einfach.

Spritzen Sie einem Frosch von einer 1 proc., das heisst übersättigten Lösung von Neu-Victoriablau B (Elberfeld) etwa $^1/_4$ Pravaz'sche Spritze in den Rückenlymphraum, tödten ihn nach 24 Stunden, fixiren, schneiden und färben das Centralnervensystem mit Eosin, so werden Sie in einigen Nervenzellen einen kleinen blauen Fremdkörper finden. Derartige Zellen sind recht selten. Es nehmen nicht alle Leukocyten, die den Rückenlymphsack passiren, Farbkörper auf; von diesen Leukocyten gelangen nur etliche in die Blut- bezw. Lymphbahnen des Centralnervensystems und von diesen wandern wieder nur etliche aus. So wird die Seltenheit des Befundes erklärlich. Das eine Mikroskop dort zeigt einen Schnitt durch das Gehirn eines Frosches: In dem Kern einer grossen Zelle sehen Sie einen blauen Fremdkörper.

Das Experiment gelingt auch beim Warmblüter. Man stelle sich ein Gemisch her von auf's Feinste pulverisirter Lindenkohle und für Kaninchen isotoner (0,9 pCt.) Kochsalzlösung. Lindenkohle und Lösung müssen specifisch gleich schwer sein. Dieses auf 40° erwärmte Gemisch infundire man langsam einem ätherisirten Kaninchen centralwärts in die Vena cruralis. Hat das Thier etwa in 1 Stunde $^1/_2$—$^3/_4$ l des Gemisches erhalten, so stirbt es plötzlich mit einem tonischen Krampfe. Das fixirte, geschnittene, mit kohlensaurem Carmin

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gefärbte Centralnervensystem zeigt sehr unregelmässig vertheilt, sowohl frei als auch innerhalb der Nervenzellen Kohletheilchen. Solche finden sich in den kleinen wie in den grossen Zellen, im Protoplasma wie im Kern. Da das Präparat für Licht durchlässig, die Kohle undurchlässig ist, scheint diese etwas oberhalb des Schnittes zu liegen. Serienschnitte lassen stets die genaue Lage des Körpers zur Zelle bestimmen. Sie sehen dort eine grosse Nervenzelle aus dem Rückenmark des Kaninchens; in ihrem Protoplasma liegt ein schwarzer kleiner Fremdkörper. (Ausführliche Publication folgt.)

Tagesordnung:

1. Herren Bielschowsky und Brodmann: Zur feineren Histologie und Histopathologie der Grosshirnrinde. Mit besonderer Berücksichtigung der progressiven Paralyse.

In den letzten Jahren ist die mikroskopische Technik um einige Methoden bereichert worden, welche die intracellulären Fibrillen der Ganglienzellen und die Achsencylinder der centralen Nervenfasern zur Darstellung bringen. Obgleich für die normale Histologie mit diesen Methoden nicht viel zu thun bleibt, liegt bereits eine Reihe von Versuchen vor, dieselben für die Erkenntniss pathologischer Veränderungen nutzbar zu machen. Speciell war es das relativ leicht zu handhabende neue Reductionsverfahren von Ramon y Cajal, welches für die pathologische Histologie der Ganglienzellen herangezogen wurde (Ramon, Marinesco, Michotte). In einigen Arbeiten werden bereits Zellveränderungen bei der Dementia paral. beschrieben. Aber diese Zellbefunde haben einen nur sehr beschränkten Werth. Denn die Mannigfaltigkeit der Zelltypen ist in der Hirnrinde eine ausserordentlich grosse, und jeder Typus bietet ein anderes Farbenbild. Wenn demnach nicht bei jedem Object ganz exact die Oberflächenlocalisation und Zellenschicht bestimmt wird, so können in der Deutung des Zellbildes sehr leicht Irrthümer unterlaufen. Ausserdem liegt es im Wesen der Cajal'schen Technik, dass man meist nur zu qualitativen Urtheilen und nicht zu quantitativen über die Zahl der von dem pathologischen Process betroffenen Elemente gelangt. Es bedarf aber keiner näheren Begründung, dass das quantitative Moment für die Beurtheilung pathologischer Objecte von der grössten Bedeutung ist. Nach dieser Richtung liefert das von Bielschowsky für Gefrierschnitte angegebene Verfahren bessere Resultate, weil es im Gegensatz zu der fleckweisen Cajal'schen Färbung eine gleichmässige Tinction auch relativ grosser Schnittflächen liefert und ausser der fibrillären Structur der Zellen auch die Nervenfasern zur Darstellung bringt. Deshalb haben wir mit dieser Methode gearbeitet. Unsere Untersuchungen bezwecken einen Vergleich normaler Rindengebiete mit den genau entsprechenden Gebieten von organischen Psychosen, welche sämmtlich mit schwerer Verblödung einhergingen. Das Material von dem wir übereinstimmend den Gyrus centralis anterior, Gyrus centralis posterior, Gyr. frontalis sup. und med. durchmustert haben, bestand in drei normalen Gehirnen, drei Gehirnen von Dementia paralyt., zwei von Dementia sen. und einem Fall von Idiotie, der eine hochgradige Mikrogyrie beider Frontallappen aufwies.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Vortragende demonstrirt zunächst den normalen Gyrus centralis posterior als Repräsentanten des einfachen sechsschichtigen Rindentypus, wie er sich im Bilde der Nissl'schen Zellenfärbung darstellt, und daneben ein Uebersichtsbild der analogen Stelle im Bilde der Bielschowsky'schen Methode. Gegenüber dem Zellenbilde Nissl's zeigt das Fibrillenbild einen fundamentalen Unterschied. Dieser liegt in der Thatsache, dass im Fibrillenbilde die Zellen aller Schichten unvergleichlich reicher mit Dendriten ausgestattet sind als im Nisslbilde, und dass die Dendriten in kaum übersehbarer Zahl und Mannigfaltigkeit Verzweigungen bilden.

Ferner fällt auf, dass gewisse Zellformen, wie sie z. B. in den Körnerschichten vorkommen, im Fibrillenbilde als Ganglienzellen mit Zellleib und Fortsätzen imponiren, während sie im Nisslbilde von gliösen Elementen derselben Schicht nicht leicht zu unterscheiden sind. Da in den Fibrillenpräparaten zugleich die Achsencylinder der Nervenfasern gefärbt sind, so ergeben sich auch Vergleichsmomente zum Weigert'schen Markscheidenbilde. Hier ist zu bemerken, dass besonders die im Markscheidenpräparate faserarm erscheinenden Schichten, wie die Schicht der mittelgrossen Pyramiden und die innere Zone der „Molecularschicht", eine grosse Zahl feinster Fäserchen aufweisen, welche auf den üblichen Querschnitten vorwiegend tangentiale Verlaufsrichtung haben.

An verschiedenen normalen Zelltypen der vorderen Centralwindung wird die Anordnung und Verlaufsrichtung der Neurofibrillen innerhalb des Zellleibes und seiner Fortsätze gezeigt. Während in den Dendriten die Fibrillen als distincte, unverzweigte Fädchen über weite Strecken verfolgt werden können, und zwar übereinstimmend bei den differentesten Zellformen, ist ihre Anordnung im Zellkörper eine äusserst mannigfaltige und complicirte. Im Zellleib der gewöhnlichen Pyramiden der Lamina pyr. z. B. bleiben die Fibrillen, ähnlich wie in den Dendriten, von einander getrennt, wenngleich auch hier Ueberkreuzungen vorkommen, welche der Beurtheilung des Structurbildes grosse Schwierigkeiten bereiten können. In den kleineren Zellen dagegen, z. B. der fusiformen Schicht, kommen durch Theilung der gröberen Fibrillen und Anastomosenbildung Netzformationen zu Stande, welche in der Regel in der unmittelbaren Nachbarschaft des Kernes die grösste Dichtigkeit besitzen.

Bei den untersuchten Fällen von progressiver Paralyse zeigt das Fibrillenbild wesentliche Unterschiede gegenüber dem normalen.

In einer Uebersicht bei schwächerer Vergrösserung aus der hinteren Centralwindung lässt sich erkennen, dass die Zellen ein schattenhaftes Aussehen haben, dass die langen Dendriten, welche im normalen Präparate so prägnant hervortreten, fehlen, stellenweise wie abgehackt aussehen, und dass ihre Zahl, wie auch das Nisslbild lehrt, eine erhebliche Verminderung erfahren hat. Im Gegensatz zu den Zellen haben sich die Fasern der Rinde relativ gut erhalten. Vergleicht man einen nach B. behandelten Schnitt mit einem correspondirenden Präparat, in welchem die Markscheiden oder das Myeloaxostroma der Achsencylinder tingirt sind, so ist man zunächst von der Fülle der vorhandenen Fasern überrascht. Dieses Plus an Fasern im Fibrillenbilde ist

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch mehrere Factoren bedingt: erstens dadurch, dass ein beträchtlicher Theil der Fasern auf das Conto markloser Elemente kommt, welche theils normalerweise der Markscheide entbehren, theils durch den paralytischen Process der ursprünglich vorhandenen Markscheide beraubt worden sind. Ferner kommt dabei in Betracht, dass bei der üblichen Differenzirung im Weigert'schen Verfahren selbst bei grosser Vorsicht sehr leicht die feineren Markfasern wieder entfärbt werden, so dass die Präparate noch eine künstliche Lichtung ihrer leitenden Elemente erfahren, was im Imprägnationspräparate in dieser Weise nicht geschehen kann.

Vergleicht man aber ein Fibrillenpräparat aus der Rinde eines Paralytikers mit dem entsprechenden normalen Fibrillenpräparat, so sieht man doch deutlich, dass im Allgemeinen auch eine Verminderung der Fasern, besonders in der Tangentialfaserschicht stattgefunden hat. Das Bild sieht überall derber und grobfaseriger aus, offenbar, weil gerade die feinkaliberigen Elemente am meisten gelitten haben und weil ausser den feinsten Nervenfasern auch die zartesten Dendritenausläufer fehlen, welche der normalen Rinde im Fibrillenbilde ein so faserreiches Gepräge geben.

Betrachtet man die einzelnen Zellen aus der Paralytikerrinde bei starker Vergrösserung, so finden sich eine grosse Zahl pathologischer Structurveränderungen. Am häufigsten ist ein feinkörniger Zerfall der Neurofibrillen, welcher im Zellkörper am stärksten hervortritt. In den Dendritenstümpfen findet man nicht selten, selbst an sonst stark veränderten Exemplaren, noch leidlich gut erhaltene Fibrillen. Ferner beobachtet man nicht selten eine gleichmässige Abblassung der ganzen Zelle, sowie eine Verklebung der Fibrillen zu derben Strängen. Bei der Dementia senilis liegt der Schwerpunkt der Veränderungen in den Zellen. Dieselben sind anderer Art als bei der Paralyse. Die äussere Configuration der Zellen wird relativ wenig berührt. Dieselben behalten ihre Dendriten, welche sich häufig bis in die feinsten Verzweigungen verfolgen lassen. Aber die innere Structur der Zelle ist schwer verändert. Die Fibrillen als distincte Fädchen sind kaum noch zu erkennen, sie sind mit der plasmatischen Zellsubstanz zu einer homogenen schwarzen Masse verbacken, welche den ganzen Zellkörper einnimmt. In den Dendriten sind verbackene Fibrillen gleichfalls etwas ganz Gewöhnliches. Ferner sind grobe Vacuolen im kerntragenden Theil der Zelle wie in den Dendriten nachweisbar; abnorme Pigmentanhäufungen treten, wie bei anderen Methoden, so auch hier scharf hervor (Pigmentdegeneration). Bemerkenswerth ist ferner — im Gegensatz zur Paralyse —, dass stark veränderte Rindengebiete unmittelbar neben gut erhaltenen liegen, und dass auch in schwer betroffenen Windungen die normale Topographie des Querschnittes und die gesammte Architektonik der Fasern und Zellen deutlich erkennbar bleibt.

Ein von der Norm weit abliegendes Bild boten die atrophischen Windungen des Falles von Idiotie mit Mikrogyrie. Hier waren von der Zell- und Faserarchitektonik kaum noch Andeutungen zu sehen. Phantastische, ganz atypische Zellformen finden sich allenthalben. Gegenüber dem Weigertbilde ist auch hier die Zahl der nervösen Fasern auffallend, die sich in regelloser

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anordnung finden. Es handelt sich um marklose Elemente, die sich an manchen Stellen bis in das marklose „Mark" der Windungen verfolgen lassen. Zu erwähnen ist schliesslich, dass zahlreiche Anastomosen benachbarter Zellen und zweikernige Ganglienzellen beobachtet wurden (Hemmung in der embryonalen Entwicklung). — Es liegt den Verfassern fern, auf Grund ihres kleinen Materials den gekennzeichneten Befunden eine pathognostische Bedeutung beizumessen. Sie betonen, dass dem Fibrillenbilde der einzelnen Zelle nichts Charakteristisches innewohne; an einzelnen Zellen lasse sich mit den Fibrillenmethoden, ebensowenig wie mit der Nissl'schen, eine Diagnose stellen. Von Bedeutung könne aber das Gesammtbild werden, welches man bei genauer Durchsicht verschiedener Windungen desselben Falles gewinnt, und bei welchem die quantitativen Veränderungen der Zellen und Fasern ebenso zu berücksichtigen sind, wie die qualitativen. Auch die jeweilige Topographie der Fasern und Zellen in den erkrankten Gebieten müsse genau beachtet werden. Unter diesen Voraussetzungen dürfe man sagen, dass die neuen Methoden ein worthvolles Hülfsmittel in der anatomischen Abgrenzung klinisch verwandter und benachbarter Processe werden können.

Discussion.

Herr Jacobsohn hebt hervor, dass, während man früher dem Streite einzelner Forscher über das Vorhandensein und den Verlauf der Fibrillen inner- und ausserhalb der Nervenzellen unthätig zuschauen musste, weil wegen der Schwierigkeit der Methoden man keine Nachprüfung vornehmen konnte, die Sachlage sich in neuerer Zeit in erfreulicher Weise geändert habe, da jetzt jeder mit Hülfe der schönen Cajal'schen Methode, die wohl in 90 pCt. der Fälle ein gutes Resultat ergäbe, im Stande wäre eine Nachprüfung der von den Autoren constatirten Thatsachen vorzunehmen und sich auf Grund eigener Präparate ein eigenes festes Urtheil zu bilden. Da Herr Bielschowsky im ersten Theile seines Vortrages, in welchem er normale Zellen der Hirnrinde demonstrirte, die nach seiner Methode hergestellt sind, seine Anschauung über den Verlauf der Fibrillen in den Nervenzellen präcisirte, so geht Herr Jacobsohn besonders darauf ein, weil sie allgemeinerer Natur sind, und weil Herr J. auf Grund eigener, nach Cajal's Methode dargestellter Präparate zu wesentlich anderen Anschauungen gekommen ist als der Vortragende. Wenn Herr Bielschowsky im Verein mit anderen Autoren behauptet, dass man das Eintreten von Fibrillen in die Nervenzellen durch Protoplasmafortsätze, das Durchziehen der Fibrillen durch den Zellleib und das Wiederaustreten derselben durch andere Protoplasmafortsätze resp. durch den Achsencylinderfortsatz beobachten kann, wenn er also den ununterbrochenen Durchgang einzelner Fibrillen durch den Zellleib von einem Fortsatz in einen anderen als sicher hinstellt, so bemerkt Herr J., dass er sowohl in den Präparaten des Herrn Vortragenden, als in seinen eigenen zahllosen Präparaten aus allen Theilen des Centralnervensystems vom Kaninchen (Hund) niemals einen solchen ununterbrochenen Verlauf der Fibrillen hat wahrnehmen können. Im Gegensatz zu der Anschauung des Herrn Vortragenden kann J. ferner versichern, dass

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

man in den nach Cajal'scher Methode hergestellten Präparaten im Innern des Zellleibes ein wirkliches Anastomosiren der Fibrillen wahrnehmen kann, die im Zellleib an einzelnen Stellen ein wirkliches Netz bilden. Besonders an den ausserordentlich feinen Schnitten, welche bei der Cajal'schen Methode nach Paraffineinbettung hergestellt werden können, erscheint diese Thatsache Herrn J. unzweifelhaft. Wenn Herr Bielschowsky in diesen beiden erwähnten Punkten zu entgegengesetzter (derjenigen Bethe's conformer) Anschauung gelangt, so liegt das nach J.'s Meinung an kleinen der Bielschowsky'schen Methode anhaftenden Mängeln. Die Gefriermethode, wie sie zu den Verfahren von Bielschowsky nothwendig ist, gestattet nur die Möglichkeit, etwas gröbere Schnitte zu erlangen; durch den dadurch bedingten grösseren Reichthum des Zellleibes an Fibrillen, können feinere Details verdeckt resp. etwas unklar werden. Durch die Anwendung des Formols bei dieser Methode tritt eine Quellung der Fibrillen ein, eventuell backen mehrere feinere Fibrillen zu einer zusammen, welche dann allerdings den Anschein erwecken kann, als ginge sie durch den Zellleib hindurch. Diese künstliche Verklebung einzelner feiner Fibrillen zu einer gröberen wird nach Anschauung von J. noch vielleicht durch das spätere Vergolden der Präparate begünstigt. Herr J. wendet sich ferner gegen die von Herrn Bielschowsky aufgestellte Behauptung, dass das Fibrillenbild das Negativ des durch die Nissl'sche Methode erzeugten Zellbildes wäre. Das ist nach J. nicht richtig, weil das Maschenwerk, welches durch die Durcheinanderverflechtung, resp. anastomosirende Verbindung der Fibrillen entsteht, ein so ausserordentlich dichtes ist, dass ein Nissl-sches Granulum in einer solchen feinen Masche absolut keinen Platz hat; daraus geht hervor, dass die Fibrillen durch die den Nissl'schen Körpern entsprechende Substanz hindurchgehen und sie zerklüften müssen. Schliesslich verhält sich Herr J. der von Herrn Bielschowsky demonstrirten Anastomosenbildung zweier Fortsätze von zwei benachbarten Ganglienzellen etwas skeptisch gegenüber. Gewöhnlich findet man, dass solche bei schwächerer Vergrösserung als Anastomose imponirende Verbindung bei starker Vergrösserung (Oelimmersion) sich als Trugbild erweist.

Herr Bielschowsky erwidert, dass er nicht das Vorkommen von Netzen in den Ganglienzellen in Abrede gestellt habe, sondern nur das gesetzmässige Vorkommen derselben. Dass Cajal überall Netze erhält, liegt in einem deutlich nachweisbaren Fehler seiner Technik, welche starke Schrumpfungen der Zellkörper und damit ein Aufeinanderrücken und Verkleben ursprünglich getrennter Fibrillen bedingt. An Sicherheit sei seine Methode der von B. nicht überlegen, besonders nicht an pathologischem Material. Die Vergoldung mache das Fibrillenbild klarer und durchsichtiger und könne auch dem Cajal-schen Präparate nur zum Vortheil gereichen, n.b. wenn sie richtig angewendet wird (Lenhossék). Das Nisslnegativ trete nicht überall, sondern nur in Zelltypen mit derben Schollen chromophiler Substanz zu Tage.

Die angezweifelte Anastomosenbildung ist unter dem Mikroskope in einwandsfreier Weise nachprüfbar. (Autoreferat.)

Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Herr Henneberg: 1. Pseudotumor der motorischen Region im Kindesalter.

Ein 10jähriges Mädchen, das früher an Drüsenschwellungen gelitten hat und im Sommer 1900 des öfteren erbrach, erkrankte im Sept. 1900 in der Schule an rechtsseitigen Jackson'schen Anfällen. In der Folge entwickelte sich ein progressiver Krankheitszustand dessen Hauptsymptome bestanden in Anfällen vom Typus der Jackson'schen Epilepsie, die in der Regel im rechten Facialisgebiet begannen, dann den rechten Arm und das rechte Bein ergriffen und bisweilen auch auf die linke Körperhälfte übergriffen. Von vornherein bestand neben den Anfällen zunächst vorübergehend, dann constant, motorische Aphasie und rechtsseitige Hemiparese verschiedenen Grades. Neben typischen Jackson'schen Anfällen wurden beobachtet Anfälle, die sich auf den Kopf beschränkten (Deviation des Kopfes und der Augen nach rechts und Facialiskrampf rechts), Absencezustand mit Unruhe im rechten Arm oder mit völliger Lähmung desselben, rechtsseitige hemialgische Anfälle, in denen Patientin in der rechten Körperhälfte die heftigsten Schmerzen zu haben schien, schwere Anfälle, die rasch auf linke Seite übergingen, in denen der Lichtreflex der Pupillen fehlte, jedoch völlige Bewusstlosigkeit nicht eintrat. Des weiteren wurde constatirt: Erbrechen, athetotische Unruhe der rechten Hand, Fussclonus rechts (vorübergehend nach Anfällen, starke Esslust, Pulsbeschleunigung; normal blieb der Augenhintergrund und der Urin, Fieber bestand nicht. Brom- und Jodbehandlung blieb ohne Erfolg. Da schliesslich bis 130 Anfälle am Tage auftraten, wurde die Trepanation vorgenommen 7. December 1900, in der Vermuthung, dass eine Neubildung vorliege. Völlig normaler Trepanationsbefund. Die Anfälle traten bald nach der Narkose wieder auf. Tod an Meningitis purulenta 8. Januar 1901.

Sectionsbefund: Keine Veränderungen, von denen angenommen werden kann, dass sie vor der Operation bestanden.

Vortragender schliesst Hysterie, Dementia paralyt. und Urämie aus. Es handelt sich um einen Fall „idiopathischer" Jackson'scher Epilepsie, der ausgezeichnet ist durch den rasch progressiven Verlauf und durch die Constanz der Ausfallserscheinungen (motorische Aphasie, Hemiplegie). Im Kindesalter scheint ein derartiger Symptomencomplex ohne makroskopische Läsion des Hirnes nicht allzuselten vorzukommen. In leichteren Fällen scheint die Prognose eine nicht ungünstige zu sein. Vortragender verweist auf die von Oppenheim mitgetheilten Fälle (Berliner klin. Wochenschr. 1901), denen der beschriebene Fall vielleicht nahe steht. Als Ursache der Erkrankung ist eine localisirte Giftwirkung oder eine circumscripte Circulationsstörung unbekannter Art zu vermuthen.

2. Jackson'sche Epilepsie bei Tumor cerebri. Beeinflussung durch Hypnose.

Fall 1. Ein 1854 geborener Schlosser, dessen Vater Potator war, dessen Mutter und Schwester an Migräne litten, hatte seit dem 10. Lebensjahre rechtsseitige Migräneanfälle. Seit 1894 litt Patient an typischen linksseitigen rindenepileptischen Anfällen, deren Häufigkeit von Zeit zu Zeit sehr zunahm. Patient

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurde wiederholt in der Charité behandelt. Die Anfälle begannen in der ersten Zeit im linken Arm, griffen dann auf das linke Bein und die linke Gesichtshälfte über. Nach gehäuften Anfällen bestand eine Hemiplegie links, die nach dem Zurücktreten der Anfälle sich bis auf leichte Schwäche des linken Beins zurückbildete. Im Winter 1898—99 wurde neben den Anfällen constatirt Hypalgesie links, Fussclonus beiderseits (vorübergehend), normaler Augenhintergrund. Weitgehende Besserung unter Brom- und Arsenbehandlung. Im Sommer 1899 begannen die Anfälle bald im Arm, bald im Bein, niemals im Facialis. Diagnose: Tumor des Beincentrums. Trepanation Juli 1899. Befund: Ein kleiner Bezirk der Hirnoberfläche ist von bläulichem Aussehen und scheint eine etwas derbere Consistenz als die Umgebung zu besitzen, ein Einschnitt ergiebt jedoch nichts Besonderes. Die Anfälle begannen 7 Wochen nach der Operation von Neuem. Im Sommer 1900 begannen die Anfälle im linken Bein nach Parästhesien in den Zehen und tonischem Krampf in der Unterschenkelmuskulatur, es kam jetzt auch im Anfall zu Deviation des Kopfes und der Augen nach links. Vorübergehend bestand Fussclonus und Babinski nach links. Lagegefühlsstörung in den Fingern links. Sehr weitgehende Besserung durch Hypnose. 1901—1902 Beginn der Anfälle in den Zehen links, dauernde Hemiparese links. Juni 1902 Benommenheit, Exitus. Sectionsbefund: Alveoläres Sarkom, anscheinend von der Trepanationsstelle des Schädels ausgehend. Der Fall war von Huth in einer Dissertation als idiopathische Rindenepilepsie veröffentlicht worden (vgl. Neurol. Centralbl. 1903, S. 365). Vortragender glaubt nicht, dass der Tumor erst nach der Operation entstanden ist, er nimmt an, dass er in der Umgebung der Trepanationsstelle zur Zeit der Operation bereits vorlag und in die Schädellücke später hineingewachsen ist.

Fall 2. Eine 1869 geborene Arbeiterin litt seit 1896 an Epilepsie, rechts rindenepileptischen und hysterischen Anfällen. Patientin gelangte sehr leicht in Hypnose. Wesentliche Besserung durch entsprechende Suggestionen. Diagnose: Epilepsie, Hysterie. 1903 Symptomencomplex eines Tumors der motorischen Region rechts. Neuritis optica. Trepanationsbefund August 1903: Tumor. Die Exstirpation unterbleibt wegen der grossen Ausdehnung desselben Wesentliche Besserung. Herauswachsen des Tumors aus der Trepanationsöffnung. December 1903 zweiter Operationsversuch (Prof. Krause). Exstirpation des Tumors (Sarkom). Exitus nach einem Anfall. Vortragender bespricht die Beeinflussbarkeit der Rindenepilepsie, die in vielen Fällen möglich ist durch den Willen des Kranken, durch Hautreize etc. Unter diesen Umständen erscheint es nicht auffallend, dass eine Suggestionstherapie gelegentlich vorübergehend Erfolg hat. Ein solcher spricht nicht für den functionellen Charakter der Anfälle.

Discussion.

Herr Oppenheim: Die Beobachtung des Herrn Henneberg hat ein grosses allgemeines Interesse. Mich aber hat sie begreiflicherweise besonders interessirt, weil diese Fälle, die so ganz das Bild des Tumor cerebri vortäuschen und nach ihrem Verlauf doch ganz anders gedeutet werden müssen, seit

Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Jahren meine Aufmerksamkeit gefesselt haben und in der schon von Henneberg angeführten Abhandlung (Berliner klin. Wochenschr. 1907, No. 12 besprochen worden sind. Es sind 6 Beobachtungen, in denen das Symptomenbild dem des Tumors im Bereich der motorischen Zone entsprach, so sehr, dass in zwei derselben die operative Behandlung bereits geplant war, während die spontane oder unter Anwendung von Jodpräparaten erfolgende Rückbildung lehrte, dass es sich um einen Tumor im gewöhnlichen Sinne nicht gehandelt haben konnte. Ich erwog alle Möglichkeiten und stellte die Hypothese auf, dass im Kindesalter eine heilbare Form der Meningoencephalitis tuberculosa vorkomme, die vielleicht als die Grundlage dieses Symptomencomplexes anzuschuldigen sei. Indess war ich mir der schwachen Punkte dieser Hypothese bewusst und resümirte: „dass entweder eine bisher anatomisch nicht erforschte chronische Form der nichteitrigen Encephalitis oder die „Méningite en plaques tuberculeuse“ oder endlich ein dritter, uns einstweilen in pathologisch-anatomischer Hinsicht noch unbekannter Process einem vorwiegend im Kindesalter auftretenden heilbaren Hirnleiden von der Symptomatologie des Tumors der motorischen Zone zu Grunde liegt“.

Nun kommt diese interessante Mittheilung Henneberg's, welche zeigt, dass auch die postmortale Untersuchung diese Frage nicht oder doch nur insoweit entscheidet, als sie beweist, dass jenem Symptomencomplex keinerlei nachweisbare anatomische Veränderung zu entsprechen braucht. Wenn ich nun auch keineswegs alle meine Fälle im Sinne dieser Beobachtung deuten will, ist die Henneberg'sche Feststellung doch von grösster Wichtigkeit; sie bringt uns in der Frage der operativen Therapie des „Tumor cerebri“ geradezu in eine Nothlage.

Nun hat es mich sehr überrascht, dass Henneberg garnicht Bezug genommen hat auf die vor kurzem erschienene überaus bedeutsame Arbeit Nonne's über den sogenannten Pseudotumor cerebri. Nonne hat an einem stattlichen klinischen und anatomischen Material gezeigt, dass auch bei Erwachsenen das Bild des Tumor cerebri verschiedenartigster Localisation durch einen Process vorgetäuscht werden kann, der anatomisch nicht zu fassen ist. Wenn auch die histologische Untersuchung naturgemäss in den verschiedenen Fällen nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, hat Nonne doch jedenfalls bewiesen, dass grobanatomische Veränderungen bei diesen Zuständen fehlen können. Freilich scheint mir die Annahme eines flüchtigen Ventrikelergusses auch da zulässig, wo post mortem eine wesentliche Erweiterung der Ventrikel vermisst wird.

Ich beklage es, dass Nonne meiner Arbeit, die doch eigentlich den Ausgangspunkt dieser Frage bilden müsste, so wenig Beachtung geschenkt hat. Er begnügt sich mit dem Hinweis, dass es sich in seinen Beobachtungen um Erwachsene gehandelt habe — als ob das eine grundlegende Differenz wäre. Offenbar hat er an meiner Hypothese der localisirten Tuberculose Anstoss genommen, aber dabei übersehen, dass das für mich nicht der Kern der Sache ist, sondern dass die spontane Rückbildung eines dem Tumor cerebri entsprechenden Symptomencomplexes in einer Reihe von Fällen für mich das

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Neuartige gewesen ist. Und in dieser Beziehung schliesst sich seine Mittheilung eng an die meinige an, führt aber einen wesentlichen Schritt über sie hinaus.

Die psychische Beeinflussung der corticalen Epilepsie möchte ich ganz im Sinne Henneberg's deuten. Ich habe auch Fälle genuiner Epilepsie gesehen und die Thatsache auch angeführt, in denen die Patienten festgestellt haben wollten, dass es ihnen zuweilen gelang, durch energische Willensanspannung den Anfall im Keim zu ersticken.

Sodann erwähnt Herr Schuster einen auf der Mendel'schen Klinik schon vor Jahren von ihm beobachteten Fall eines 5—6jährigen Knaben, der nach einem Trauma des Kopfes an einer corticalen Hirnläsion erkrankt zu sein schien. Bei der erst nach längerem Bedenken durch Herrn Prof. Israel vorgenommenen Operation ergab sich ein negativer Befund.

In seinem Schlusswort sagt Herr Henneberg, dass er absichtlich nicht auf die Litteratur eingegangen. Es seien nur wenige der Nonne'schen Fälle obducirt worden und die, bei denen dies der Fall war, zeitigten ebenso wie die Müller'schen mit seinem eigenen Falle keine Analogien.

Herr Richter-Dalldorf: Demonstration eines Kleinhirntumors.

Patient war 65 Jahre alt, befand sich vom 20. October 1896 bis 5. November 1896 in der Königl. Charité, von da ab bis zu seinem Tode am 26. December 1896 in der Berliner Irrenanstalt Dalldorf.

Der Mann lag immer im Bett, war körperlich ausserordentlich schwach, konnte zu Folge seines Geisteszustandes betreffs Schwindelgefühls nicht befragt werden, seine grosse Körperschwäche verbot die Untersuchung auf objectiv nachweisbaren Schwindel. Er klagte allerdings in der Charité, schwach auf den Beinen zu sein und in Dalldorf über Unsicherheit auf den Beinen; hier fiel er auch am 11. November aus dem Bett. Die Sprache war in der Charité als langsam, in Dalldorf als verwaschen bezeichnet. Specielle Störungen seitens der Motilität waren nicht vorhanden, auffällige Sensibilitätsstörungen nicht nachgewiesen. Die Pupillen reagirten dem Alter des Patienten entsprechend in engen Grenzen, die Papillen waren blass notirt, die Patellarreflexe trotz Spannens deutlich.

Causa mortis: Pneumonia catarrhalis. Sectionsbefund: Marasmus universalis. Hirnbefund: Nerven der Basis in Ordnung. Cyanosis cerebri et meningum, dilatatio ventriculorum, tumor partis anterioris vermis superioris.

Der Tumor, ein Angiogliom, war seinem grössten Umfange entsprechend, 2,6 cm lang und breit, lag gerade in der Sagittalen, so dass bei sagittaler Schnittführung auf die rechte wie auf die linke Wurmhälfte bezw. Kleinhirnhemisphäre auch die Hälfte des Tumors entfallen wäre. Er ging vom Nodulus aus, hatte die Lingula hinten durchbrochen, lag auf der vorderen Lingula, hatte den Lobul. centr. und Lobus monticuli nach hinten verdrängt. Es wurden 241 Horizontalschnitte gewonnen.

Auf Schnitt 221 ist der Tumor 2,6 cm breit und lang (grösster Umfang), der Wurm misst von der Incisura margin. bis zum Tumor nur 2,1 cm.

Auf Schnitt 181 ist der Tumor 2,6 cm breit und lang, der Schnitt

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fasst den rechten vorderen Vierhügel, liegt rechts unmittelbar über dem Nucl. dentatus.

Auf Schnitt 106 ziehen beide Bindearme zur Haube, rechts steigt der Brückenarm herab. Die Haube zeigt die rothen Kerne. Cerebellarwärts innen von ihnen liegen die Oculomotoriuskerne. Der Aquaedectus Sylvii erscheint als Dreieck. Die Deiters'schen Kerne liegen vor dem vorderen Ende der Lingula in den Bindearmen. Man sieht ausserdem den Nodulus, die Uvula und die Corpora dentata.

Auf Schnitt 61 sieht man die Querschnitte der Oculomotorii, die Schleife, die Brückenarme, rechts tritt der Quintus im stumpfen Winkel zur Schleife zur Aussenseite des Pons. Die Corpora restif. erscheinen als schnabelförmige Gebilde, haben an ihrer Aussenseite die Nuclei Deiters. In der Rautengrube verlaufen Striae acusticae. Innen von den Deiters'schen Kernen liegen die dorsalen Acusticuskerne.

Auf Schnitt 51 tritt der Quintus rechts aus dem Pons, die Strickkörper erscheinen wieder als schnabelförmige Gebilde mit den Deiters'schen Kernen hier an ihrer Spitze. Rechts sieht man den dorsalen Acusticuskern mit austretendem Vestibularis, ausserdem sieht man an der Aussenseite der Strickkörper die Durchschnitte der Cochleares, den Fascic. longit. dors. s. post., das Corpus trapez. und die Schleife.

Schnitt 7 zeigt den Quintusaustritt links, die Pyramidenbahn mit Kreuzung, den Canalis central. med. spin., die Oliven; vor dem Canal. centr. die Kerne des 11. Paares; hinten-seitlich von ihm die Goll'schen und Burdach'schen Stränge.

Schnitt 3 zeigt die Pyramidenbahn, das For. coec. wie es zur Fiss. longit. anter. med. spin. ausläuft, welche bis zur Pyramidenbahnkreuzung, verfolgbar ist; vor bezw. über dem Canal. centr. med. spin. befindet sich die Pyramidenbahnkreuzung, seitlich von ihm die gekreuzten Pyramidenseitenstränge, unter bezw. vor ihm die Vorderstränge.

Nach Adler (Die Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen, 1899) steht der Vorderwurm zu den Streckern und der Hinterwurm zu den Beugern in Beziehung: Patient hätte zu Folge Lähmung der Strecker und Ueberwiegen der Beuger nach vorn stürzen müssen; was die klinischen Symptome betrifft, so konnte Patient übrigens sehr wohl noch ohne Tumor nach der Charité gekommen sein, es blieben demselben immer noch 2 Monate zum Wachsen. Nach Adler erschlafft ferner das Kleinhirn per Corp. dent. und Deiters'schen Kerne vom Grosshirn aus die Antagonisten und contrahirt sie vom Rückenmark aus.

Was den Namen Deiters'sche Kerne betrifft, so gab Max Schultze im Jahre 1865 das Buch Otto Deiters', der 1863 gestorben war, „Untersuchungen über Gehirn und Rückenmark des Menschen und der Säugethiere" heraus; der Italiener Laura schlug in der Sitzung der Turiner Academie der Wissenschaften vom 17. November 1878 vor, den äusseren Theil des dorsalen Acusticuskernes, wie geschehen, Deiters'schen Kern zu benennen.

Die Function des Nucleus Deiters hat man empirisch kennen gelernt: von

Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

den Bogengängen des Labyrinthes zieht der N. vestibularis zum Nucleus acusticus dorsalis bezw. Nucleus Deiters, von da geht die directe sensorische Kleinhirnbahn nach oben zum Cerebellum; beide Erkrankungen der Bogengänge wie des Kleinhirns bedingen Gleichgewichtsstörungen.

Nach Monakow (Edinger 1900) tritt der Nucleus Deiters mit den Vordersträngen des Rückenmarks in Verbindung, nach Ramon y Cajal (gleichfalls Edinger 1900) tritt er mit dem Fasc. longit. post. s. dors. in Verbindung, welcher wiederum die Augenmuskulatur unter einander mit dem Rückenmark verbindet.

Nach Edinger (1900) tritt die directe sensorische Kleinhirnbahn mit der Wurmrinde und den Kleinhirnkernen in Verbindung, nach Henle (1879) scheint die directe sensorische Kleinhirnbahn dem Markkern des Kleinhirns zuzustreben, doch sei es nicht zu entscheiden, ob sich die Fasern gegen den Wurm oder gegen die peripherischen Regionen des Kleinhirns wenden.

Ich fand keine degenerirten Züge von den Deiters'schen Kernen nach aufwärts (woran vielleicht die horizontale Schnittführung Schuld war), jedoch in den Deiters'schen Kernen zerfallene und im Zerfall begriffene Nervenzellen. Das Rückenmark zeigte weder eine Strangerkrankung, noch Erkrankung der Vorderhornzellen.

Sitzung vom 1. Mai 1905.

Vorsitzender: Herr Mendel.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Herr Remak stellt einen jetzt 60jährigen Arbeiter vor, der zuerst 1886 mit einer rechtsseitigen degenerativen Ulnarisparese kam, die darauf zurückzuführen war, dass er mehrere Tage hinter einander einen eisernen Bolzen einem anderen Arbeiter entgegenstemmen musste. Eine 1884 durch Fall in ein Glasdach erlittene Verwundung über dem rechten Handgelenk, von der die Narbe noch zu sehen ist, hatte keine Störung des Ulnarisgebietes bewirkt. Es wurde die Diagnose auf professionelle Neuritis gestellt. Sie ging damals völlig zurück.

Als er im Dezember 1902 wiederkam, gab er an, dass er Anfang September d. J. bei gleichzeitiger Appetitlosigkeit und Schmerzen in der Magengegend auch mit Schmerzen in der linken Schulter erkrankt wäre. Dann hatte sich allmälig Schwäche und Abmagerung der linken Hand und Gefühllosigkeit besonders ihrer drei ersten Finger eingestellt. Er sah elend aus, war abgemagert; Druck an der Magengegend war sehr empfindlich, so dass Verdacht auf ein Magencarcinom bestand, der sich nicht bestätigt hat, da sich innerhalb von 3—4 Monaten der Appetit wieder einstellte und der Ernährungszustand sich wieder hob. Die örtliche Untersuchung ergab Druckschmerzhaftigkeit des linken Brachialplexus über der Clavicula, Atrophie des linken Daumenballens, einzelner Interossei und des Kleinfingerballens. Die Opposition des Daumens war nur unter obligater Beugung nach dem Kleinfinger möglich. Sensibilitätsstörung sowohl im Medianus- als Ulnarisgebiet der linken Hand, die sich später

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ganz zurückbildete. Keine Thermoanästhesie. Die Nervenerregbarkeit des Medianus und Ulnaris über dem Handgelenk war sehr herabgesetzt und wurde Entartungsreaction sowohl im Daumenballen als in den Interosseis gefunden. Nirgends fibrilläre Zuckungen. Es wurde die Diagnose auf eine recurrirende Neuritis gestellt, für die diesmal eine bestimmte Aetiologie nicht festzustellen war. Auch für Alcoholismus bestanden weder objective noch anamnestische Anhaltspunkte. Der Verlauf schien die Diagnose zu bestätigen, indem unter galvanischer Behandlung die Armschmerzen nachliessen, die Motilität sich unter Fortbestand der Muskelatrophie besserte, so dass er Januar 1903 die Arbeit wieder aufnehmen konnte. Auch als er Januar 1904 wieder in Behandlung trat, weil die Kraft der Hand wieder nachgelassen hatte, lag kein Grund vor, die Diagnose zu ändern. Die Störung war auch damals noch auf das Gebiet des Medianus und Ulnaris beschränkt, die Opposition des Daumens noch immer gegen den 2. und 3. Finger möglich. Sensibilitätsstörungen waren nicht mehr nachweisbar. Mitte März Wiederaufnahme der Thätigkeit. Als er im Dezember 1904 wieder Hülfe suchte, war bei verhältnissmässig leichter Arbeit die linke Hand immer schwächer und magerer geworden, hatte namentlich auch die Streckfähigkeit des Mittelfingers nachgelassen, und war es seit etwa drei Monaten besonders beim Treppensteigen zu linksseitigen Wadenkrämpfen gekommen. Namentlich beim Gehen musste er den linken Fuss etwas schleppen.

Die Untersuchung ergab nun eine erhebliche Zunahme der Muskelatrophie der linken Hand und Uebergreifen derselben auf den Vorderarm, dessen Umfang um 3 cm jetzt gegen vorher vermindert ist. Die atrophische Lähmung beschränkt sich jetzt nicht auf das Medianus- und Ulnarisgebiet, sondern betheiligt auch das Radialisgebiet, indem bei der Streckung der Finger etwa nach dem Habitus der Bleilähmung die Strecker der Basalphalangen des 3. und 4. Fingers zurückbleiben. Darauf beruht auch, dass eine eigentliche Klauenstellung fehlt. Die Sensibilität ist in jeder Beziehung normal. Die elektrische Nervenerregbarkeit ist im Medianus- und Ulnarisgebiet der Hand aufgehoben, am Extensor communis dagegen sehr herabgesetzt. Hier besteht partielle, in den Handmuskeln schwere Erkrankung. Sehr auffällig sind jetzt anhaltende, mehr als fibrilläre, fast an Myokymie erinnernde Zuckungen im linken Deltoideus, Triceps, Biceps brachii, zuweilen auch im Supinator longus. Die Sehnenphänomene sind in den Oberextremitäten nicht gesteigert und links nur der Atrophie entsprechend herabgesetzt. Keine oculopupillaren Störungen. Der Gang zeigt nur ein unbedeutendes Nachziehen des linken Beines. An den Unterextremitäten keine Muskelatrophie. Keine localisirte Lähmung, sondern nur motorische Schwäche links. Auch hier keine Sensibilitätsstörungen. Das Kniephänomen ist links gesteigert. Hier Fussphänomen zu erzielen, das rechts fehlt. Während rechts bei Reizung der Fusssohle Plantarflexur sämmtlicher Zehen eintritt, kommt es links zunächst regelmässig zu einer Spreizung der Zehen (Abduction des orteils oder Phénomène d'éventail nach Babinski) und dann erst bei stärkerer Reizung zum eigentlichen Babinski'schen Reflex (Dorsalflexion des Hallux). Auch bei wiederholtem Anziehen des Beines an den Leib tritt links zuweilen die Spreizung der Zehen ein, nicht aber das

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Strümpell'sche Tibialisphänomen. Der Oppenheim'sche Reflex ist beiderseits nicht hervorzurufen. Keine Blasenstörungen.

Nach diesem Befunde kommt man mit der früheren Diagnose Neuritis nicht aus, sondern es liegt jedenfalls ein spinaler Process vor. Bei der Verbreitung der Muskelatrophie und der fibrillären Zuckungen würde man früher die Fälle als Duchenne-Aran'sche Form der progressiven spinalen Muskelatrophie wohl gedeutet haben. Redner hat selbst 1879 in seiner Arbeit über die Localisation atrophischer Spinallähmungen und spinaler Muskelatrophien als Beobachtung XI eine ganz ähnlich localisirte, anscheinend durch Ueberanstrengung veranlasste linksseitige Muskelatrophie mit der Localisation des Vorderarmtypus, ebenfalls ohne Sensibilitätsstörung, beschrieben, zu der eine typische spastische, links stärkere Spinalparalyse hinzugetreten war. Nach der Einschränkung der Diagnose progressiver spinaler Muskelatrophie hat selbst Charcot jun. 1895 zugegeben, dass sie jedenfalls sehr viel seltener ist, als die amyotrophische Lateralsklerose und die Syringomyelie, und ihre Diagnose bei dem Hinzutreten spastischer Parese der Unterextremitäten nicht mehr in Betracht kommt. Dagegen ist Steigerung der Sehnenphänomene u. s. w. in den Unterextremitäten bei Syringomyelie nicht ungewöhnlich. Redner selbst hat schon 1888 der Berliner medicinischen Gesellschaft wegen des spinalen Oedems der Oberextremitäten einen typischen Fall von Syringomyelie mit Thermonästhesie u. s. w. vorgestellt, bei dem das linke Bein eine spastische Parese darbot. Da in dem vorliegenden langjährigen Falle bei der einseitigen Muskelatrophie der Oberextremität, dem Fehlen von Bulbärerscheinungen eine stets doppelseitige amyotrophische Lateralsklerose anzuschliessen ist, so ist trotz des Fehlens der charakteristischen Sensibilitätsstörungen per exclusionem noch am wahrscheinlichsten eine atypische Syringomyelie, die die Hinterhörner und dadurch die Sensibilität verschont hat, dagegen um so mehr die vordere graue Substanz im Bereich der linken Hälfte der Halsanschwellung, am stärksten im Bereich des 1. Dorsal- und des 7. und 8. Cervicalsegments geschädigt und auf den linken Seitenstrang übergegriffen hat.

Bei der dieser Vorstellung sich anschliessenden Discussion bemerkt Herr Bernhardt, dass er bei dem Fehlen von dissociirten Sensibilitätsstörungen und von Störungen der Empfindung überhaupt die Diagnose Syringomyelie nicht für hinreichend begründet erachten könne. Vielleicht handle es sich um eine atypisch verlaufende amyotrophische Lateralsklerose.

Herr Oppenheim richtet an den Vorsitzenden die Frage, weshalb er einen extramedullären Tumor im Bereich der linken unteren Cervicalwurzeln mit Compression des Markes ausschliesse.

Nach Herrn Bloch haben Dejerine und Thomas 1897 den Fall eines jahrelang beobachteten Patienten beschrieben, welcher sehr lange Zeit als Fall von spinaler Muskelatrophie ausgesprochen wurde. Eine Sensibilitätsstörung konnte während des Lebens nicht festgestellt werden; die Autopsie ergab das Vorhandensein einer Syringomyelie. Auch Westphal und Schlesinger hätten ähnliche Beobachtungen veröffentlicht.

Herr Remak entgegnet Herrn Bernhardt, dass eine amyotrophische

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lateralsklerose als doppelseitige systematische Erkrankung nicht jahrelang nur einseitige Symptome darbieten könne. Herrn Oppenheim giebt R. zu, dass der linke Seitenstrang ebenso gut wie von innen von der grauen Substanz und auch von aussen von einem die Wurzeln comprimirenden Tumor lädirt sein kann. Gegen diese Diagnose spricht aber, dass oculopupilläre Symptome fehlen und dass in höheren Segmentgebieten anhaltende fibrilläre Zuckungen bestehen, welche man mit Recht auf eine Reizung der grauen Substanz zurückzuführen pflegt. Dass sie durch Wurzelreizung veranlasst werden könne, müsste erst bewiesen werden. Uebrigens hat auch Schlesinger in der zweiten Auflage seines Buches eine wesentlich motorische Form der Syringomyelie auf Grund der schon von Herrn Bloch erwähnten Fälle der Literatur unterschieden.

Herr O. Maas: Ein Fall von multipler Sklerose mit pontinem Beginn.

Meine Herren! Im Laufe der letzten Jahre haben wir eine Reihe von Formen der nicht eitrigen Encephalitis kennen gelernt, so die Poliencephalitis superior von Wernicke, die Grosshirnencephalitis im Anschluss an acute Infectionskrankheiten, ferner die der cerebralen Kinderlähmung zu Grunde liegende Encephalitis der Grosshirnrinde. Von Oppenheim wurden dann auch Fälle beschrieben, die das klinische Bild einer Encephalitis pontis darboten. Die Mittheilung dieser letztgenannten Form hat das Interesse der Kliniker für die nicht eitrige Encephalitis geweckt, da die Prognose derselben eine relativ günstige war (Nonne). Aber gerade wegen der günstigen Prognose ist über das definitive Schicksal des Patienten, bei denen diese Diagnose gestellt wurde, wenig bekannt, weil die Patienten dem behandelnden Kliniker aus den Augen kamen. Ich möchte daher über einen Fall berichten, bei dem Prof. Oppenheim anfangs die Diagnose Encephalitis pontis gestellt hatte und den ich einige Jahre später zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Krankengeschichte, die seinerzeit von G. Flatau (Berliner klin. Wochenschr., 1899) publicirt worden war, lautete im wesentlichen folgendermaassen: Pat. erkrankte, ohne eine Ursache angeben zu können, an Sehstörung, Schwindelanfällen, Taubheitsgefühl in den Beinen, Erbrechen, Durstgefühl, Kauschwäche. Bei der Untersuchung fand sich Blicklähmung nach der linken Seite, linke Pupille etwas enger als die rechte, Augenhintergrund normal, rechts geringe Ptsosis; der Lippenschluss ist links schwächer als rechts, und so findet sich deutliche, partielle Entartungsreaction im linken Facialis. Der Oberkiefer weicht beim Oeffnen des Mundes etwas nach links; Sensibilität ist ungestört im Gesicht, am Rumpf und den Extremitäten. Kniephänomen beiderseits sehr stark, kein Patellar- oder Fusssklonus. Grobe Kraft in den rechtsseitigen Extremitäten stärker herabgesetzt als in den linksseitigen. Keine Ataxie, kein Wackeltremor. Alle diese Krankheitssymptome verschwanden bis auf ein geringes Taubheitsgefühl in den Fusssohlen innerhalb von 3 Monaten. Als ich 5 Jahre später, im Frühjahr 1903, die Patientin im Siechenhause sah, bot sie alle Zeichen einer vorgeschrittenen multiplen Sklerose. Diese Diagnose hat sich auch bei der anatomischen Untersuchung bestätigt. (Die Präparate werden demonstrirt,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein besonders grosser Herd im unteren Theil des Pons). Es fragt sich nun, ob die multiple Sklerose thatsächlich aus einer Encephalitis hervorgegangen sein kann. M. E. ist das durchaus möglich, dafür sprechen anatomische Untersuchungen, wie sie namentlich von Boret, Bielschowsky und Strähuber ausgeführt wurden; ebenso glaube ich, dass das, was wir über die Entstehung der multiplen Sklerose und über ihre Symptome wissen, dieser Annahme günstig ist.

Discussion.

Herr Schuster: Meine Herren! Ich will auf die histologische Seite des vorgetragenen Falles nicht näher eingehen. Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit nur auf eine vor einer Reihe von Jahren im 34. Bande der Zeitschrift für klinische Medizin von mir zusammen mit meinem Freunde Dr. Bielschowsky veröffentlichte Untersuchung über einen subacut verlaufenenen Fall von pontiler multipler Sklerose lenken.

Auch wir wiesen damals auf die Aehnlichkeit des histologischen Processes mit demjenigen der Myelitis hin und deuteten an, dass der makroskopische Befund auch durch einen primär parenchymatösen Process bedingt sein könne.

Interessant war mir das von dem Herrn Vortragenden notirte Zwangslachen. Dieses Symptom fand sich auch in dem soeben von mir erwähnten Fall.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich mir die Anfrage an die Gesellschaft erlauben, ob jemand von Ihnen bei der multiplen Sklerose folgendes in der Literatur, soviel ich weiss, noch nicht beschriebene Somptom beobachtet hat. Bei vielen meiner Patienten mit Sklerosis multiplex ist mir ein eigenthümliches weites Offenstehen der Lidspalten aufgefallen. Man hat auf den ersten Anblick den Eindruck des Exophthalmus, ohne dass ein solcher besteht. Die Sklera tritt abnorm stark zwischen den Lidern vor und besonders der untere Rand der Hornhaut ist vom unteren Lid noch durch einen deutlichen weissen Skleralsaum getrennt.

Herr Oppenheim weist auf die grossen Schwierigkeiten hin, welche die Unterscheidung einer acuten Encephalitis pontis von dem ersten Schube einer multiplen Sklerose machen könne. Er habe nicht wenige Fälle von Sklerosis multiplex gesehen, die sich mit dem Symptomencomplex einer acuten Encephalitis pontis oder Medullae oblongatae eingeleitet hätten. Bilden sich die Symptome dieser scheinbaren Encephalitis wieder zurück, so sei es doch fast unmöglich, zu sagen, ob eine geheilte Encephalitis oder eine beginnende Sklerosis multiplex vorliege. Allenfalls gebe das Auftreten des Leidens im frühen Kindesalter — in dem die Sklerosis multiplex doch nur sehr selten vorkomme — und im unmittelbaren Anschluss an die Influenza eine gewisse Gewähr für die encephalitische Natur und in dubio für eine günstige Prognose.

Auch in dem vorgestellten Falle habe er mit der Möglichkeit einer Sklerosis multiplex von vornherein gerechnet.

Im Uebrigen sei O. schon in seinen ersten Abhandlungen über die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sklerosis multiplex (vergl. z. B. Berl. klin. Wochenschr. 1887, No. 48) dafür eingetreten, dass diese sich aus einer acuten disseminirten Myelitis und Encephalitis heraus entwickeln könne und habe diesen Standpunkt immer festgehalten.

Congenitale Entwickelungsanomalien fänden sich nach seiner Erfahrung bei der multiplen Sklerose nicht so selten, als der Vortragende erwähnt.

Das Zwangslachen sei in der Regel wohl auf die multiplen Grosshirnherde zurückzuführen. Früher habe man es als ein Zeichen der Geistesschwäche angesehen, während O. zuerst gezeigt hatte, dass es sich um ein häufiges, selbstständiges Symptom der multiplen Sklerose handele (vergl. die schon citirte Abhandlung aus dem Jahre 1887).

Eine eigenthümliche, schwer definirbare Starre des Blickes käme auch nach seinen Erfahrungen häufig bei Sklerosis multiplex vor.

Herr Seiffer berichtet über einen Fall von seltener Geschwulstbildung der Schädelbasis, den er in der Nervenklinik der Charité beobachtet hat. Es handelte sich um einen 33jährigen Mann, welcher seit 4 bis 5 Jahren zeitweilig an heftigen Hinterkopfschmerzen gelitten hatte. Dazu gesellte sich eine allmählig zunehmende linksseitige Körperschwäche, hin und wieder Erbrechen und Schwindel. Die Untersuchung ergab im grossen Ganzen das Bild einer linksseitigen spastischen Hemiparese ohne wesentliche andere Symptome, keine Stauungspapille.

Während der klinischen Beobachtung nahmen die Kopfschmerzen zu, Patient klagte auch viel über Genickschmerzen und es bestand eine gewisse Empfindlichkeit und Steifigkeit des Nackens bei activen und passiven Bewegungen. Ohne besondere Veränderungen des Befundes starb der Kranke plötzlich unter Collapserscheinungen. Die klinische Diagnose nahm einen Tumor des Schädelinnern an, dessen Localisation im Genaueren nicht möglich war, doch sprach die grösste Wahrscheinlichkeit für die Hinterschädelgrube.

Bei der Obduction fand sich ein vor dem Foramen magnum gelegener, aus der Schädelbasis herauswachsender knolliger Tumor von fest-weicher Consistenz, etwa Kastaniengrösse und platter Oberfläche, welcher nach dem Schädelinnern zu gewachsen war und die Medulla oblongata ziemlich stark platt gedrückt hatte. Die histologische Untersuchung ergab eine Knorpelstructur von auffallendem Charakter: bläschenförmige Zellen in eigenthümlicher Anordnung, welche dem von Virchow beschriebenen Bau der „Ekchondrosis spheno-occipitalis physaliphora“ entsprach. Diese aus den Resten der Knorpelfuge zwischen Keilbein und Hinterhauptsbein entstehende Ekchondrose wurde bekanntlich von anderen Autoren (H. Müller, Ribbert) wegen des eigenthümlichen histologischen Baues, der sonst nur in der Chorda dorsalis vorkommt, als eine, auf Reste der Chorda zurückzuführende Geschwulstbildung angesprochen und dementsprechend als Chordom bezeichnet.

Nach dem histologischen Bau der vorliegenden Geschwulst, nach ihrem typischen Sitz und der am Präparat nachweisbaren Entstehung aus demjenigen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Theile des Clivus Blumenbachii, welcher der Sphenooccipital-Fuge entspricht, muss sie als Chordom bezeichnet werden, obwohl ihre Grösse diejenige aller bisher beschriebenen Geschwülste solcher Art ganz erheblich übertrifft. Die Grösse der Geschwulst, die starke Compression der Medulla oblongata und die klinischen Erscheinungen beweisen, dass diesen Geschwülsten doch eine praktische Bedeutung zukommen kann, was von anderen Autoren bei der sonst stets beobachteten Kleinheit des Tumors in Abrede gestellt wurde.

Herr Oppenheim richtet an den Vortragenden die Frage, ob eine Untersuchung nach Röntgen hier gemacht sei, die gewiss ein interessantes Bild gegeben haben würde.

Herr Seiffer verneint diese Frage.

Herr Henneberg erwähnt, dass er in der Litteratur zwei ähnliche Fälle gefunden habe.

Sitzung vom 5. Juni 1905.

Vorsitzender: Herr Mendel.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Die Sitzung wurde dieses Mal in der städtischen Anstalt für Epileptische, in Wuhlgarten, abgehalten.

Nach der Begrüssung der Gesellschaft gab zunächst der Director der Anstalt, Herr Hebold, einen Bericht über ihre Entstehung und Einrichtung.

Herr Hebold: Meine hochverehrten Herren! Ich heisse Sie hiermit herzlich willkommen. Bevor Sie zur Besichtigung der Anstalt und ihrer Einrichtungen schreiten, dürfte es angebracht sein, wenn ich Ihnen einige Erläuterungen über die Entstehung der Anstalt und ihre Entwicklung in den nahezu 12 Jahren ihres Bestehens gebe.

Die Anstalt ist, wie Sie wissen, eine Einrichtung der Stadt Berlin und untersteht der Deputation für die städtische Irrenpflege. Sie ist damit ihrem Wesen nach als ein Theil der Fürsorge für die Geisteskranken gekennzeichnet, von der sie einen Sondertheil darstellt, wie sie der Entstehung nach ein Abzweig der Irrenanstalten ist.

Als man bei der Zunahme der Geisteskranken in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre die Bedürfnisse der Irrenpflege erwog, ging man zeitgemäss neben der Gründung einer neuen Irrenanstalt, die für nothwendig befunden wurde, auf die Frage der gesonderten Unterbringung der Epileptischen, die damals schon einen erheblichen Theil der Geisteskranken ausmachten, ein und glaubte am besten zu handeln, wenn man die Trennung nicht innerhalb der Irrenanstalten durchführte, sondern in der Gründung einer besonderen Anstalt zu einer vollständigen machte, obwohl man die andere Art der Unterbringung nicht durchaus verwarf.

Die Gründe, die dafür angegeben wurden, sind kurz folgende:

1. die grosse Zahl der zu versorgenden Epileptiker,
2. ihre Eigenart, die sie von den anderen, der Irrenanstalt zugeführten

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kranken derart unterscheidet, dass man über sie vielfach die zu allgemeine Meinung vertreten findet, dass sie eigentlich nicht geisteskrank sind. Die Sachlage ist ja auch die, dass bei einer grösserer Zahl der Epileptiker, bei denen bekanntermaassen während des epileptischen Anfalls die Gehirnthätigkeit auf das schwerste gestört ist, die geistige Verfassung in der Zwischenzeit als ungestört oder wenigstens insoweit ungestört angesehen werden muss, dass die Vorbedingungen der Cabinettsordre vom 5. April 1804 für die Unterbringung in der Irrenanstalt nicht zutraf,

3. war man auch in den Irrenanstalten meist schon dahin gekommen, die Mehrzahl in gesonderten Abtheilungen unterzubringen, mit Rücksicht auf die Eigenart ihrer Gesinnung, wegen ihrer Gemüthserregbarkeit und auch wegen des unangenehmen Eindrucks, den die Krampfanfälle auf die Anderen machten.

Wenn nun auch durch die Sonderanstalt die Möglichkeit gegeben war, auch die geistig nicht geschädigten Epileptischen aufzunehmen und zu behandeln, also alle Epileptischen ohne Unterschied der Behandlung und Pflege theilhaftig werden zu lassen, so war es von vornherein klar oder ergab es sich wenigstens recht bald, dass der kleinste Theil der Kranken als nicht geisteskrank angesehen werden konnte und dass demgemäss die Bestimmungen und die Einrichtungen der Irrenanstalt für ihre Unterbringung in Betracht kamen.

Es konnten demnach auf der einen Seite für eine grössere Zahl von Kranken freiere Verhältnisse geschaffen werden.

Andererseits war aber zu berücksichtigen, dass bei der grossen Mehrzahl der Kranken die Hülfsbedürftigkeit und Nothwendigkeit der Anstaltsbehandlung weniger in dem Krankheitszustand, wie er in den epileptischen Anfällen in die Erscheinung tritt, sondern durch die Psychose, die damit verbunden ist oder nebenher geht, herbeigeführt wird.

Zur Unterscheidung der hier unterzubringenden Kranken von denen, die der Irrenanstalt zuzuführen sind, ist rein die Thatsache maassgebend, dass sie krampfkrank, epileptisch sind, d. h. dass sie einmal im Leben einen epileptischen Anfall, auch wohl Schwindelanfall gehabt haben, mag nunmehr die Psychose das Krankheitsbild beherrschen, mag die Psychose mit der Neurose im Zusammenhang stehen oder nicht.

So ist denn auch die Zahl der Epileptischen, die als nicht geisteskrank nach der Aufnahme dem Staatsanwalt nicht angezeigt zu werden brauchen, sehr gering und sind bei uns jederzeit fast sämmtliche Formen der Psychosen zu finden; und was, wie überall, eine grosse Erschwerung in der Behandlung abgiebt, die Zahl der im sicherheitspolizeilichen Interesse zu verwahrenden Kranken ist immer mehr gewachsen, so dass besondere Abtheilungen dafür geschaffen werden mussten.

Sie werden daher bei Ihrem Rundgang im Wesentlichen den Eindruck einer Irrenanstalt gewinnen, wie sie den neuzeitlichen Anschauungen entspricht, und die sich den anderen Irrenanstalten ebenbürtig an die Seite stellt. Nur ist der Unterbringung der Kranken in freieren Verhältnissen, in Landhäusern, ein grösserer Raum gewährt.

Zur Zeit befinden sich in der Anstalt insgesammt 1284 Kranke, 691 Männer,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

483 Frauen, 67 Knaben, 43 Mädchen. Im Ganzen sind gegen 1300 eingerichtete Plätze vorhanden, darunter 700 für Männer und 500 für Frauen. Um Raum für weitere Aufnahmen zu schaffen, sind bereits seit einigen Jahren Kranke, zur Zeit 45, nach einer Privatanstalt verlegt worden.

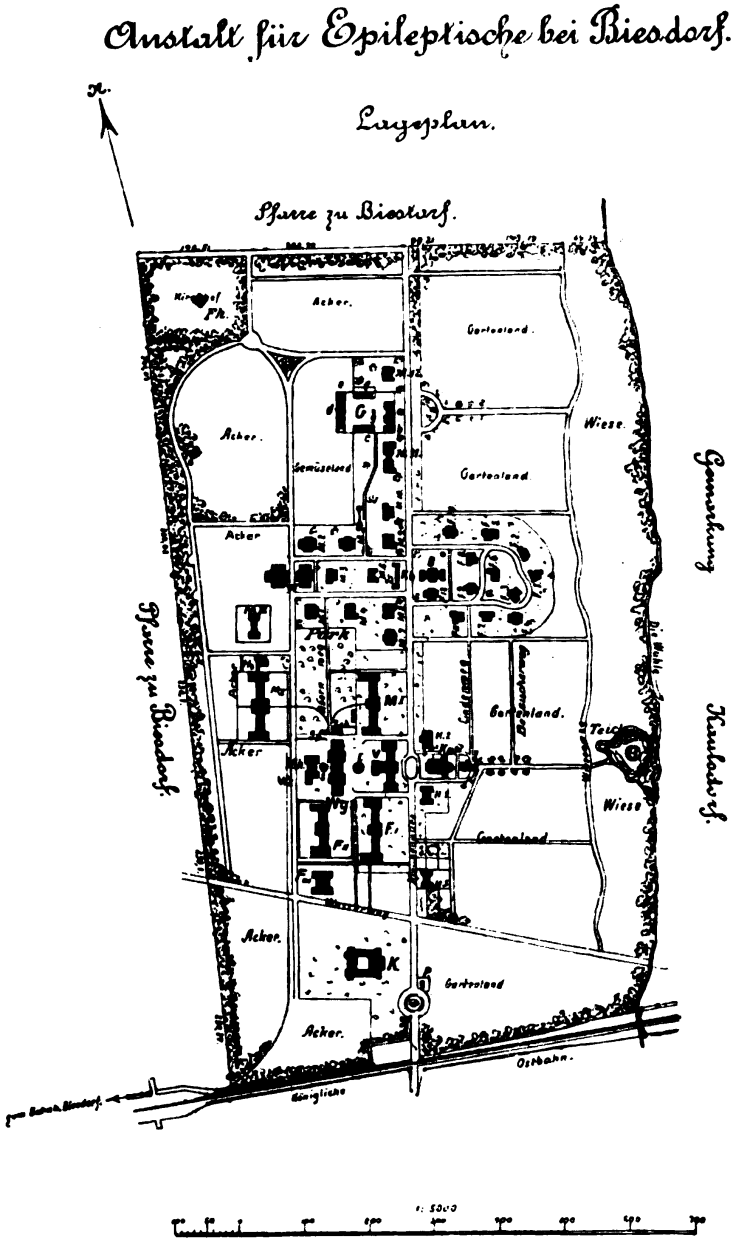
Die Krankenbewegung im Jahre 1904/05 war folgende:

Es wurden aufgenommen	419	443	Männer
	24		Knaben
	124	139	Frauen
	15		Mädchen
zus.	582		
entlassen	370	375	Männer
	5		Knaben
	96	97	Frauen
	1		Mädchen
zus.	472		
es sind gestorben	34	35	Männer
	1		Knaben
	21	21	Frauen
	—		Mädchen
zus.	56		
aufgenommen	582		
entlassen und verstorben	528		
es treten zum Bestande	54		
Bestand am 1. April 1904	1226		
hinzukamen	46		in Privat und Aussenpflege
somit Bestand am 31. März 1905	1326		Kranke.

Wenden wir uns nun zu den einzelnen Gebäulichkeiten der Anstalt und zwar zunächst zu denen, die für die Krankenunterbringung geschaffen sind, so waren bei der Eröffnung der Anstalt im November 1893 folgende Häuser vorhanden: Zunächst das Kinderhaus mit getrennten Abtheilungen für 50 Knaben und 50 Mädchen gleich am Eingange der Anstalt. In demselben sind zur Zeit 65 Knaben und 42 Mädchen untergebracht. Die Bildungsfähigen erhalten Unterricht von einem Erziehungsinspector, zwei Lehrern und zwei Lehrerinnen, die sämmtlich im Hause wohnen. Die Unterrichtsanforderungen können mit Ausnahmen nicht so hoch gestellt werden, wie bei gesunden Kindern; wir haben in der Mehrzahl sogar schwachsinnige und selbst idiotische Kinder in diesem Hause.

Für die Erwachsenen war von vornherein je ein festes Haus vorgesehen. Diese beiden Häuser liegen zu Seiten des Verwaltungsgebäudes, das für Frauen südlich davon, das für Männer nach Norden. In demselben befinden sich die Aufnahmeabtheilung, eine Abtheilung für Unreinliche, Sieche und Tobsüchtige und ferner Abtheilungen für unruhige, unhandliche und besonders zu beaufsichtigende Epileptiker. Dieser Häuser fallen dadurch auf, dass sie Fenster-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



V. = Verwaltungsgebäude. Wg. Wirthschaftsgebäude. M. I. geschl. Anstaltshaus für Männer. F. I. desgl. für Frauen. K. Kinderhaus. M. 1—12 Landhäuser für Männer. F. 1—12 desgl. für Frauen. B. Badehaus. W. Werkstättenhäuser. Kb. Kegelbahn. Kp. Kapelle. L. Leichenhaus. Mh. Maschinenhaus. S. Schlot. Wt. Wasserthürme. E. Eiskeller. H. 1 Wohnhaus des Directors und Oekonomie-Inspectors. H. 2—4 Beamtenwohnhäuser. Sp. Spritzenhaus. Sch. Wagenschuppen. P. Pförtnerhaus. G. Gutshof. Ga. Wohnhaus.

Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Gb. Ueberwinterungshaus. Gc. Pferdestall. Gd. Kuhstall. Ge. Wagenschuppen und Geschirrkammer. Gf. Schweinestall. Gh. Geflügelhaus. Fh. Friedhof-Kapelle. M. II. Ueberwachungshaus für Männer. F. II. Ueberwachungshaus für Frauen. M. III Infect. Krankenbaracke für Männer. F. III Infect. Krankenbaracke für Frauen und Kinder.

vergitterungen, wenn auch in einer gefälligen Form haben, die ihre Ausschmückung mit Blumenkästen gestattet. Die Gitter waren anfänglich nur bis zur halben Höhe ausgeführt und gewährten so gar keine Sicherheit. Da die Hauptmenge der Kranken, die in diesen Häusern untergebracht werden mussten, nach ihrer Artung und Charakteranlage mit der immer stärkeren Inanspruchnahme der Anstalt immer mehr Sicherheitsmaassregeln verlangt, ergab sich von selbst die Vervollständigung der Gitter. Denn, wenn auch anfänglich von der vorgesetzten Behörde die Bestimmung ergangen war, dass hochgradig gemeingefährliche, geisteskranke Epileptiker den beiden Irrenanstalten zugeführt werden sollten, die damals schon besondere Abtheilungen für solche Irre, sog. Ueberwachungshäuser besassen, so war dies nur ein Nothbehelf. Es war gar nicht möglich, die grosse Zahl solcher Kranken, wie sie sich im Laufe der Zeit hier aufhäuften, dahin zu bringen, da dazu die Plätze nicht ausgereicht hätten und zudem nach dem Wechsel der Krankheitserscheinungen das Erforderniss der Unterbringung ein verschiedenes war. So näherte sich das feste Haus immer mehr dem Ueberwachungshaus; ursprünglich für 120 Kranke eingerichtet, birgt es seit Jahren schon eine erheblich grössere Zahl Insassen.

Als nun die Räume für die gemeingefährlichen Epileptiker weiterhin nicht zureichten und in den festen Häusern mehr derartige Kranke unterzubringen waren, als für die Behandlung, Ordnung und Sicherheit unbedenklich erschien, entschlossen sich die städtischen Behörden dazu, auch hier zwei Ueberwachungshäuser aufführen zu lassen, und zwar eines für 100 Männer, das andere für 60 Frauen. Diese Häuser, die unter Berücksichtigung aller für den bestimmten Zweck möglichster Ueberwachung zweckmässiger Sicherheitseinrichtungen ausgeführt sind, wurden am 3. October 1903 bezogen. Sie geben zur Zeit 117 und 94 Kranken Unterkunft.

Die Mehrzahl der Kranken ist in den Landhäusern untergebracht, deren auf jeder Geschlechtsseite 12 vorhanden sind. In einem solchen Hause, dessen Einrichtungen wesentlich denen eines gewöhnlichen Wohnhauses entsprechen, wohnen 20, 30, 40, in einem 50 Kranke. Die Wohnräume sind unten, die Schlafzimmer oben, doch sind auch in vielen Häusern Schlafzimmer im unteren Geschoss. Zwei von diesen auf jeder Seite haben die besondere Bestimmung von Lazarethen bekommen, wo körperlich Kranke und vorübergehend erregte und verwirrte Kranke einer geeigneten Behandlung zugeführt werden. Durch nachträgliche Ausführung von Badezimmern und einigen Absonderungsräumen kann die Behandlung gewisser psychotischer Zustände auf den Landhäusern mehr wie vordem, wo immer gleich die festen Häuser in Anspruch genommen werden mussten, durchgeführt werden.

Im letzten Jahre sind schliesslich zwei Infectionskrankenhäuser, gewöhnlich Isolirbaracken genannt, zu den Krankenhäusern hinzugekommen. In dem

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einen sind getrennte Abtheilungen für Kinder und Frauen, das andere ist für Männer bestimmt. Da dortselbst für gewöhnlich Phthisiker behandelt werden sollen, ist auch für die Liegehallen gesorgt. Die Häuser enthalten Räume für 12 und 17 Kranke und ausserdem die für die besonderen Zwecke nothwendigen Räume, insbesondere einen mit Desinfectoren ausgestatteten Raum.

Der ärztliche Dienst ist so geordnet, dass der eine der beiden Oberärzte die Männerabtheilung unter sich hat, der andere die Frauenabtheilung und das Kinderhaus. 7 Assistenzärzte stehen ihnen zur Seite. Seit 1902 hat die Anstalt einen eigenen Apotheker. Der ärztliche Director hat auch die Oberleitung der Verwaltung.

Was nun die übrigen Gebäude angeht, so waren, als die Anstalt im November 1893 eröffnet wurde, auf dem Gelände, das einen Raum von etwa 90 ha umfasst, neben den Krankenhäusern folgende Gebäulichkeiten vorhanden: Am Eingange der Anstalt das Pförtnerhaus, in der Mitte das Verwaltungsgebäude mit den Schreibstuben, den Festsälen, einigen Assistenzarztwohnungen, der Apotheke, dem Berathungszimmer und der wissenschaftlichen und Unterhaltungsbücherei, das Wirthschaftsgebäude mit Koch- und Waschküche und den Vorrathsräumen, das Maschinenhaus (10 Dampfkessel) mit Wasserthurm und Schlosserei, die Kirche, zwei Beamtenwohnhäuser und das Leichenhaus; bei den Männerlandhäusern ein Werkstättenhaus und zwischen Männer- und Frauenlandhäusern das Badehaus.

Zu diesen Anlagen sind im Laufe der Zeit ein zweites Werkstättenhaus, ein Anbau am Leichenhaus mit Laboratorium und Sammlungsraum, zwei Beamtenwohnhäuser und auf dem Kirchhof, der ganz an der nördlichen Grenze der Anstalt liegt, eine Friedhofshalle hinzugekommen.

Im Norden von den Landhäusern liegt der Wirthschaftshof mit den Stallungen.

Ein wesentliches Behandlungsmittel der Kranken liegt in der Beschäftigung. Es ist deshalb dafür gesorgt, dass hinreichend Ackerland (40 ha) und Gartenanlagen vorhanden sind. Auch für Handwerker findet sich die entsprechende Beschäftigung in den Werkstätten. Das zweite Werkstättenhaus, das im Jahre 1903 zu dem alten hinzu kam, giebt nunmehr ausreichende Gelegenheit, auch im Winter den Kranken die so wohlthätige Arbeit zu gestatten.

Die Frauen finden in den Arbeitsstuben der verschiedenen Krankenabtheilungen im Stricken, Nähen, Flicken, Gemüseputzen und bei der Wäsche, in der Hausreinigung ihr Arbeitsfeld. Aber auch auf dem Felde werden sie beschäftigt und haben sich leicht an diese Arbeit gewöhnt und bevorzugen sie.

Der Erheiterung und Erholung dienen die Festsäle. Theatervorstellungen, von Kranken und Berufsschauspielern gegeben, Skioptikonvorführungen, Musik und der von allen beliebte Tanz bietet den Kranken Anregung und Abwechselung in dem sonst einförmigen Leben des Krankenhauses und verleugnet niemals seine gute Einwirkung auf Gemüth und Befinden der Kranken.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zur Vollständigkeit ist betreffs der Einrichtungen schliesslich noch Heizung, Beleuchtung und Wasserversorgung zu erwähnen.

Die Heizung ist eine Centralheizung, in dem Verwaltungsgebäude und im Kinderhause Warmwasserheizung, in den festen Häusern, den Ueberwachungshäusern und Isolirhäusern Dampfluftheizung, in den übrigen Gebäuden Niederdruckdampfheizung. Die Beamtenwohnungen haben durchweg Kachelofenheizung.

Für die Beleuchtung ist eine elektrische Anlage durch die Firma Siemens & Halske hergestellt worden.

Die Wasserversorgung geschieht aus der Müggelseewasserleitung der Stadt Berlin, die das Anstaltsgebiet durchquert, die Abwässer ergiessen sich auf eigene Rieselfelder der Anstalt, die Aborte sind durchweg Wasserclosetts, die Pissoirs mit Oelverschluss versehen.

Die Anstalt ist mit einem Aufwande von 4115622 M. erbaut. Die verschiedenen Erweiterungsbauten machten 1573525 M. Kosten aus, so dass insgesammt ein Werth von 5689145 M. sich ergiebt. Davon kommen auf Grunderwerb 180038 M., auf Gebäude 4921951 M., auf die Einrichtungsgegenstände 587156 M.

Herr Bratz: Das Krankenmaterial der Berliner städtischen Anstalt Wuhlgarten.

Für die schwebenden Erörterungen, welche an die Organisation und rechtliche Stellung der neuen Specialanstalten für Epileptische sich knüpfen, und welche die etwaigen Abweichungen von dem Charakter und der Rechtslage der Irrenanstalten zum Gegenstand haben, schien es uns von Interesse, das Krankheitsmaterial der Berliner Epileptikeranstalt Wuhlgarten einer Prüfung zu unterziehen, wie dasselbe sich in den ersten 12 Jahren ihres Bestehens gestaltet hat.

Es sind hier zunächst Zahlen aus bestimmten Abschnitten der Berichtszeit von der Männerabtheilung gegeben. Die ausführliche Veröffentlichung erfolgt in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen.

Nach klinischen Gruppen geordnet, war das Zahlenverhältniss der aufgenommenen Kranken folgendes:

A. Rund 50 pCt. der aufgenommenen Männer litten an echter Epilepsie. Ein nicht unerheblicher Theil dieser echten Epilepsiefälle war mit secundärem Alcoholismus, ein kleinerer Theil mit Hysterie complicirt.

B. 35 pCt. der aufgenommenen Männer litten an Alc. chron. Die Zuweisung nach Wuhlgarten war zumeist dadurch veranlasst, dass Convulsionen oder wenigstens Schwindelanfälle bei den betreffenden Potatoren aufgetreten waren. Nach Ablauf der schweren Alcoholvergiftungserscheinungen waren die Trinker naturgemäss frei von Anfällen und konnten, bei unseren reichen Arbeitseinrichtungen (Landwirthschaft, zwei grosse Werkstätten mit Tischlerei, Schneiderei, Schuhmacherei etc.) und bei der streng in der Anstalt durchgeführten Totalabstinenz der Kranken und Pfleger, hier eine sehr zweckmässige

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:31 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Behandlung und fast durchweg eine weitgehende Besserung ihres Zustandes erfahren.

C. 7 pCt. litten an reiner Hysterie. Während bei rein theoretischer Betrachtung eine Gesundheitsschädigung der Hysterischen durch das Zusammenwohnen mit Epileptischen befürchtet werden konnte (Erschrecken, psychische Infection), hat sich in der 12jährigen Praxis gezeigt, dass niemals eine ernstere Gesundheitsstörung der Hysterischen vorgekommen ist. Viele Hysterische konnten nach mehrmonatlicher Behandlung als „zeitweise geheilt" entlassen werden. Allerdings ist das günstige Resultat dadurch beeinflusst, dass das Gros der betreffenden Kranken in offenen Landhäusern (24 in der Anstalt) verpflegt wird, welche je 25 bis 48 Kranke beherbergen und durch ihre Bauart und Zahl eine weitgehendste individuelle Trennung der einzelnen Klassen von Kranken ermöglichen. Diese (im Project seiner Zeit vom Geheimrat Sander-Dalldorf entworfenen) Landhäuser haben sich überhaupt ausserordentlich für das Krankenmaterial der „Epileptiker"-Anstalt bewährt.

D. 3 pCt. der Aufgenommenen litten an Imbecillität oder Idiotie ohne Convulsionen oder nur mit episodischem Auftreten solcher. Die Imbecillen ohne oder mit nur gelegentlichen Convulsionen, aber „epileptoider Degeneration" stammten in letzter Zeit zumeist aus der städtischen Zwangserziehungsanstalt, aus welcher neben echten Epileptikern häufig derartige Kranke nach Wuthanfällen, Selbstmordversuchen oder sonstigen Zeichen psychischer Erkrankung hierher überwiesen wurden. Für diese Fürsorgezöglinge lag in hiesiger Anstalt die in letzter Zeit viel erstrebte Möglichkeit psychiatrischer Aufsicht und Beschäftigung (Erlernung eines Handwerks) vor. Leider konnte diese theoretisch-ideale Behandlung in Wirklichkeit nur einem Theil der Fürsorgezöglinge zu Gute kommen, weil diese in hohem Grade zu Entweichungen neigen und deshalb häufig in geschlossenen Häusern gehalten werden mussten.

E. Organische Erkrankung des Nervensystems 3 pCt.

F. Paralyse, sowie

G. Einfache Seelenstörung und sonstige Erkrankungen je 1 pCt.

Die rechtliche Stellung der Anstalt gegenüber ihren Kranken ist im Wesentlichen abhängig von dem Geisteszustande derselben. In der Irrenanstalt ist allein durch die Bedingungen der Aufnahme fast jeder Aufgenommene als geisteskrank gekennzeichnet. Erst im Laufe der Behandlung hat vielleicht der Arzt die Frage zu prüfen, ob der Zeitpunkt geistiger Gesundung eingetreten ist, der einen etwaigen Entlassungswunsch zu einem rechtlich unabweisbaren macht. Anders in der Epileptikeranstalt. Schon bei jeder Aufnahme erhebt sich die gutachtliche Frage, ob der Betreffende gemäss den preussischen Bestimmungen der Staatsanwaltschaft des zuständigen Landgerichts als geisteskrank anzuzeigen ist oder ob er als geistesgesund solcher Anzeigepflicht nicht unterliegt.

Diese Entscheidung, ob die Anstalt die Rechte und Pflichten einer Irrenanstalt oder eines Krankenhauses dem Kranken gegenüber hat, wiederholt sich weiterhin bei jedem Schritt. Die Detinirung in geschlossenem Hause, Verweigerung der Entlassung, Verfügung über Schriftwechsel, über Vermögens-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

objecte verlangt in vielfachen, täglich sich ereignenden Fällen vom Arzte diese Entscheidung. Und wenn, um ein Beispiel herauszugreifen, auch nur ein geistesklarer, aber gereizter Epileptiker nach der Aufnahme sich weigert, seiner Ehefrau zu der verschlossenen Wohnung die Schlüssel herauszugeben! Diesen Fragen hat naturgemäss der Leiter unserer Anstalt, mein verehrter Chef, Herr Director Hebold, seine besondere Aufmerksamkeit zugewendet. Auf seine Anregung habe ich seit einer Reihe von Jahren den Geisteszustand der in die Anstalt eintretenden Männer nach den verschiedensten Richtungen, insbesondere auch auf die Geschäftsfähigkeit erwogen.

Die in der Literatur niedergelegten Berechnungen, wieviel Epileptiker als geistesgesund anzusehen sind, so besonders die Arbeiten von Wildermuth, Habermaas, Pelman, Turner, liefern uns zwar werthvolle Anhaltspunkte, aber alle scheinen mir zu einseitig allein den bekannten intellektuellen Verfall, insbesondere den des Gedächtnisses bei Epileptischen zu berücksichtigen. Die neueste, sehr sorgfältige Statistik von Turner ist in einer englischen Arbeitskolonie für Epileptiker erhoben, welche alle im Laiensinne geisteskranken Epileptiker von der Aufnahme ausschliesst. Turner teilt nach dem Grade des intellektuellen Verfalls die Epileptiker in vier Klassen ein, in 1. intellektuell Normale, 2. Gedächtnissschwache, 3. geistig Geschwächte und 4. Verblödete. Er findet in der ersten Klasse, derjenigen der intellektuell Normalen, ebenso wie Habermaas $13^1/_2$ pCt.

Wenn wir für die Erfordernisse des practischen Lebens und nach rechtlicher Beziehung die Epileptiker in Klassen geistiger Gesundheit und Krankheitsgrade eintheilen wollen, müssen wir unseres Erachtens neben dem geistigen Verfall alle übrigen interparoxysmalen wie Anfallserscheinungen berücksichtigen. Zunächst ist wichtig die krankhafte Erregbarkeit. Um ein Beispiel zu geben: Ein Spätepileptiker, der nach wenigen Jahren nach der epileptischen Erkrankung zwar nur wenig gedächtnissschwach geworden ist, aber in seiner Erregbarkeit und Verstimmung, weil Arzt und Ehefrau gegen die Entlassung aus der Anstalt sind, die früher ehrerbietig behandelten Aerzte beschimpft und die Jahre lang geliebte und geschätzte Frau in niedriger Weise schmäht, ein solcher Epileptiker ist durch seine krankhafte Erregbarkeit, die vorübergehend auch sein Urtheil beeinflusst, dem practischen Leben gegenüber schon ziemlich insufficient. Des Weiteren verdient für die Beurtheilung der Abweichung von der Gesundheitsbreite neben der Erregbarkeit die sonstige Nervenschwäche Berücksichtigung; leichte Ermüdbarkeit und vornehmlich die Widerstandsfähigkeit oder Resistenzlosigkeit gegenüber dem Alcohol.

Neben diesen interparoxysmalen Symptomen werden wir aber für die Abschätzung des Geisteszustandes die Anfälle selbst durchaus nicht vernachlässigen. Häufigkeit der Anfälle, die Dauer der nachfolgenden Benommenheit, Dauer und Häufigkeit etwaiger acuter epileptischer Psychosen werden mit zur Abwerthung der gesammten psychischen Leistungsfähigkeit herangezogen werden.

Bei einer solchen Verwerthung aller interparoxysmalen und aller Anfalls- oder Aequivalenterscheinungen können wir natürlich die Epileptiker nicht nach Intelligenzklassen eintheilen. Um alle Krankheitserscheinungen berücksichtigen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu können und den Bedürfnissen der Praxis dabei zu genügen, sind wir zu drei Klassen gekommen.

Auf der einen Seite die geistig Gesunden (I). Dahin sind die leichtesten Grade von Gedächtnisschwächung oder Erregbarkeit mit einbezogen. Auf der anderen Seite stehen diejenigen Epileptiker, welche durch die Schwere einer oder meist mehrerer Krankheitserscheinungen in ihren Combinationen im Sinne des bürgerlichen Rechts nicht mehr fähig sind, ihre Angelegenheiten zu besorgen (III), welche entmündigt werden können. Zwischen beiden steht eine Klasse II: Kranke, welche vorübergehend (z. B. zur Zeit der Aufnahme) oder dauernd als geistig erkrankt zu bezeichnen sind, bei denen aber die geistige Erkrankung oder Schwächung nicht derartig ist, dass der Betreffende in Betrachtung seines Gesammtlebens entmündigt werden könnte.

Nach einer sorgfältigen Prüfung der aufgenommenen echten Epileptiker des Jahres 1904 — dies Jahr ist gewählt, weil es einerseits noch nicht zu weit zurückliegt, andererseits schon eine längere Beobachtung verbürgt — ergiebt sich Folgendes:

Aufgenommen 202. Davon waren:

I. Geistig gesund oder wenigstens so intact, dass sie dem Staatsanwalt nicht angezeigt wurden . . . . . 32 = 15,8 pCt.,
II. Geistig erkrankt, aber geschäftsfähig . . . . . 67 = 33 1/6 „
III. Geschäftsunfähig . . . . . 103 = 50,9 „

Herr Veit: Die Verletzungen bei Epileptikern und ihre Verhütung.

Vortragender verweist auf die den Vorträgen sich anschliessende Besichtigung der Anstalt Wuhlgarten, bei welcher Gelegenheit er Kranke vorstellen wird, bei denen die verschiedenen in der Anstalt üblichen Schutzvorrichtungen gegen Verletzung im Anfall angewandt sind.

Dass es überhaupt gelingt, in wirksamer Weise Epileptiker vor Verletzungen zu schützen, beruht auf der wichtigen Thatsache, dass die Epileptiker gewöhnlich auf dieselbe Körpergegend oder nach einer und derselben Seite hin fallen. So haben sich Schutzkappen für Kopf, Kinn, Ellbogen in der Anstalt bewährt, und es ist auch gelungen, Kranke vor habitueller Luxation des Armes zu bewahren durch eine Bandage (Brustbandage aus Segeltuch in Verbindung mit einer Binde um den Oberarm). Bei aller Einfachheit der Schutzapparate konnten die Epileptiker der Anstalt, bei denen die besprochenen Schutzvorrichtungen in Anwendung kamen, regelmässig vor Verletzungen bewahrt werden.

Herr Leubuscher: Vorstellung eines Falles von simulirter Epilepsie.

Es handelt sich um den 41jährigen Patienten Rud. Br.

Br. hat als Knabe Gelegenheit gehabt, bei einem Nachbar epileptische Anfälle zu beobachten. Er begann dieselben nachzuahmen, um in der Schule und zu Hause mehr Freiheit zu haben und die Ansprüche der Eltern und Lehrer herabzumindern. Seitdem als schwachsinniger Epileptiker angesehen. Wegen zahlreicher dummer Streiche kam er als Siebzehnjähriger in das

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wilhelmsstift zu Potsdam, dann nach Dalldorf auf die Idiotenabtheilung. Nach kurzem durch eine Flucht erreichten und zu einigen Diebstählen benutzten Aufenthalt draussen wurde er 1887 wieder auf dieselbe Abtheilung zurückgebracht. Jetzt gefiel es ihm hier nicht mehr, und zugleich lässt er wieder seine Krampfanfälle beginnen, die er mehrere Jahre nicht benutzt hatte. Sie dauern von März 1888 ungefähr bis zum Anfang des Jahres 1889 in Zwischenräumen von ungefähr 10 Tagen fort. In den nächsten Jahren war sein Aufenthalt meist die Dalldorfer Irrenanstalt. Bis Juli 1893 nur 2 Anfälle. Vom 26. Juli 1893 bis 7. Februar 1894 in der Irrenanstalt Herzberge. Um von hier nach der Epileptikeranstalt Wuhlgarten zu kommen, simulirte er von Zeit zu Zeit Krampfanfälle. Schliesslich erreichte er auch seinen Zweck und wurde am 7. Februar 1894 nach Wuhlgarten verlegt. Sein erster Aufenthalt daselbst verlief ohne Krampfanfälle. Nach einem Jahre von hier entlassen. Dann folgen 7 Jahre des Lebens in der Freiheit, aus denen von ungemein vielen ziemlich schwachsinnigen Diebstählen berichtet wird. Während dieser Zeit einige Krampfanfälle im Hause seines Schwagers, die er zum Zweck der Erlangung einer Armenunterstützung simulirte. 1902 wieder nach Wuhlgarten. Hier enthüllte er, da er lieber wieder nach Herzberge wollte, den Aerzten, dass er seine Krampfanfälle immer nur simulirt habe, um irgend etwas damit zu erreichen. Auf Befehl producirte er sich in höchst geschickter Weise.

Br. wird jetzt vorgeführt und stellt seinen Krampfanfall vor. Er stürzt während der Unterhaltung plötzlich nieder: Kurzdauernde klonische, dann tonische Krämpfe, Pupillen extrem nach oben gedreht, so dass die Untersuchung unmöglich ist, auf Nadelstiche keine Reaction, röthlicher Schaum vor dem Munde. Dauer des Anfalls ungefähr eine Minute.

Dass Br. wirklich kein Epileptiker ist, geht, abgesehen von seinem Selbstbekenntniss und der beliebigen Wiederholung des Anfalls aus der Bestimmtheit hervor, mit der er jeden einzelnen in der Krankengeschichte aufgeführten Anfall begründen kann. Angaben, die er über familiäre Belastung früher gemacht hat, erklärt er jetzt als von ihm erfunden.

Das Bemerkenswerthe an diesem Falle ist die lange Dauer der Simulation. Von seiner Kindheit an, ungefähr 26 Jahre, hat Br. seine Epilepsiesimulation aufrecht gehalten.

Herr Schmidt: Die aufgestellten Präparate stammen von einer 46jährigen epileptischen Paranoica, welche im Juli vorigen Jahres hierselbst verstarb.

Die ersten Zeichen der Erkrankung gaben sich kund im Juni 1900 durch Hinken mit dem rechten Fuss. Alsbald traten hinzu Schwäche in den Beinen, Spasmen, Contracturen, Sensibilitätsstörungen, Steigerung der Patellarreflexe u. s. w., so dass die Kranke im Verlaufe von etwa zwei Monaten nicht mehr gehen konnte und dauernd das Bett hüten musste.

Die Section ergab nur 2 Hauptbefunde: erstens an ganz symmetrischen Stellen der beiden mittleren Schädelgruben je einen etwa erbsengrossen subduralen Tumor; zweitens einen solchen von Haselnussgrösse, ausgehend von der Dura des Dorsaltheiles des Rückenmarks, welcher an dieser Stelle eine

Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

hochgradige Querschnittsdegeneration der Fasern mit entsprechendem Nervenschwund in auf- und absteigender Richtung zur Folge hatte.

Durch die mikroskopische Untersuchung erwies sich die erstgenannte Geschwulst als fibröses Gewebe, welches von einer Anzahl kleiner, runder, intensiv färbbarer Kugeln — Psammomkugeln — durchsetzt war. Der Rückenmarkstumor bot ein gleichartiges Bild dar, jedoch mit dem Unterschiede, dass hier die Kugeln sehr spärlich auftraten und das fibröse zellarme Gewebe bei weitem überwog. Auch an anderen Stellen der Dura des Rückenmarks — weitab von dem eigentlichen Tumor — fanden sich im mässig gewucherten lockeren Bindegewebe zahlreiche Psammomkörper.

Im gefärbten Präparat (van Gieson) boten diese Psammomkörper ein prächtiges Bild dar: concentrisch geschichtete Scheiben mit einer Art Lumen in der Mitte, welches vielfach nur beim Spielen der Mikrometerschraube hervortritt; die periphere Zone wie die in hyaliner Entartung begriffene Adventitia aussehend. Einzelne dieser Figuren zeigten in der Mitte ein deutliches Lumen mit hellgelb aussehendem, krümligem Gehalt und unterschieden sich nur durch die solide Veränderung der Schichten von einem lebenden Blutgefässe. An anderen Figuren endlich sah man seitlich abzweigende kolbige Aussackungen, kurzum das Ganze machte den Eindruck, als ob es sich um Veränderungen handelte, die aus Gefässresten oder Gefässelementen hervorgegangen waren.

Ob die Identität der beiden Tumoren, das genau symmetrische Auftreten der erstgenannten in den mittleren Schädelgruben, endlich das zerstreute Vorhandensein von Psammomkörpern in der Dura fernab vom Tumor auf eine in der congenitalen Anlage begründete Anomalie zurückzuführen ist, lässt sich nicht entscheiden.

Hierauf wurde die Anstalt und ihre Einrichtungen unter Führung des Herrn Director Hebold und der Herren Assistenten von den Mitgliedern der Gesellschaft eingehend besichtigt.

Sitzung vom 3. Juli 1905.

Vorsitzender: Herr Mendel.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Vor Beginn der Sitzung gedenkt der Vorsitzende des dahingegangenen früheren Mitgliedes Prof. Wernicke mit ehrenden Worten.

Weiter spricht er der Gesellschaft im Namen des Prof. Olshausen, dem die Gesellschaft zu seinem 70. Geburtstage ihre Glückwünsche durch den Vorstand hat übermitteln lassen, den Dank aus.

Schliesslich theilt er mit, dass Herr Prof. Lucae am 30. Juli seinen 70. Geburtstag feiert und erbittet die Erlaubniss, diesem unseren Mitgliede die Glückwünsche der Gesellschaft aussprechen zu dürfen.

Vor der Tagesordnung:

Herr Remak stellt 1. den in der Maisitzung[1]) als atypische Syringomyelie (ohne Sensibilitätsstörungen) vorgestellten Krankheitsfall noch einmal vor,

1) Berliner klin. Wochenschr., 1905, No. 31, S. 992.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weil zu den schon gezeigten Symptomen (degenerative Muskelatrophie des linken Armes mit fibrillären Zuckungen, spastische Parese des linken Beines mit Babinski'schem Reflex) ein neues hinzugetreten ist. Man beobachtet, nicht, wenn der Mann steht, wohl aber, wenn er liegt, andauernde wogende Muskelzuckungen im Bereich der linken Unterextremität, im Quadriceps femoris, in den Flexoren vom Oberschenkel und in den Wadenmuskeln, ganz in der Form der Myokymie. Diese den fibrillären Muskelzuckungen ähnlichen Zuckungen bieten nicht den Charakter der sonst bei spastischen Lähmungen vorkommenden Spasmen. Man hat aber deswegen doch nicht nöthig, anzunehmen, dass die Gliomatose etwa schon die vordere graue Substanz der Lendenanschwellung ergriffen hat, weil Myokymie auch als vorübergehende, wohl nur funktionelle Störung vorkommt. R. hat selbst kürzlich in einer Vorlesung über localisirte Krämpfe[1]) den Fall eines seit dem 2. Lebensjahre an spinaler Kinderlähmung des rechten Beines leidenden 24jährigen Chemikers beschrieben, bei dem durch langes Stehen im Laboratorium sich Myokymie des linken Beines entwickelt hatte, die nach Wechsel des Berufes nach mehreren Jahren sich allmählich ganz verlor. Es ist also auch in dem vorliegenden Falle möglich, dass die Myokymie des linken Beines, welche übrigens auch andeutungsweise im rechten beobachtet wurde, eine rein functionelle Begleiterscheinung der Syringomyelie des Halsmarks ist.

2. stellt Herr Remak zum Beweise, dass im Symptomenbilde der Syringomyelie die Hautsensibilitätsstörungen ganz vorübergehen bezw. fehlen können, einen schon 1892 (November) gelegentlich der Discussion[2]) eines Vortrags von Oppenheim „Ueber atypische Formen der Gliosis spinalis" erwähnten Fall vor. Der jetzt 71jährige Metalldreher war seit September 1891 an zunehmender rechtsseitiger Schultermuskelatrophie erkrankt. Bei der Aufnahme im Februar 1892 wurde neben einer rechtsseitigen Muskelatrophie im Bereich der Muskeln des sogen. Oberarmtypus (Deltoideus, Biceps, Supinator longus) mit fibrillären Zuckungen und partieller Entartungsreaction des Deltoideus, Herabsetzung des Temperatursinns und des Schmerzgefühls sowie zahlenmässig auch der faradocutanen Sensibilität vom rechten Ellenbogen aufwärts bis zum Ohrläppchen und vom Thorax abwärts bis zur Höhe der Brustwarze festgestellt. Diese Hautsensibilitätsstörungen gingen nun, und zwar zuerst die des Wärme-, dann die des Kältegefühls bis Juni 1892 zurück und konnten seitdem niemals wieder Sensibilitätsstörungen nachgewiesen werden. Während die Motilität des rechten Biceps sich besserte, besteht hochgradige Atrophie und Lähmung des Deltoideus, des Supinator longus, für den bei der Beugung des Ellenbogens der Flexor carpi radialis vicariirt. Für eine spinale Atrophie sprechen nach wie vor die fibrillären Zuckungen und das Erhaltenbleiben der Nervenerregbarkeit auch im sehr atrophischen Muskelgebiet. Während das rechte Vorderarmgebiet, abgesehen vom Supinator longus, ungestört in der Ernährung und

1) Die deutsche Klinik, Bd. VI, 1. Abt., S. 803.

2) Berliner klin. Wochenschr., 1893, No. 27, S. 657 und Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh., Bd. XXV, S. 572.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Function geblieben ist, stellte sich seit October 1898 Schwäche der bis dahin kräftigen linken Schultermuskulatur ein und nahm der Achselumfang links um 2 cm ab. Dabei besserte sich die Beweglichkeit, so dass seit Juli 1901 der linke Arm wieder bis zur Horizontalen, allerdings kraftlos, gehoben werden kann. November 1902 wurden zuerst auch im linken Deltoideus fibrilläre Zuckungen bemerkt, die jetzt auch im linken Biceps nachweisbar sind. Der Achselumfang beträgt jetzt rechts 25, links 27 cm, der Oberarmumfang rechts 23, links 25 cm. Im linken Biceps jetzt Andeutungen von Entartungsreaction. Der linke Supinator longus ist noch kräftig. — Links niemals Sensibilitätsstörungen. Das Kniephänomen ist beiderseits erhalten, die Sohlenreflexe sind normal.

Es handelt sich also um eine wesentlich motorische Form des humero-scapularen Typus der Syringomyelie, die sehr langsam von der rechten auf die linke Seite der Halsanschwellung fortgeschritten ist.

Herr M. Rothmann: Demonstration von Präparaten: a) Tumorbildungen an der Schädelbasis.

1. Geschwulstmetastasen in der hinteren Schädelgrube.

Bei einem 69jährigen Manne entwickelt sich Ende 1904 eine leichte Schwäche der rechten Hand. Am 20. II. 1905 kommt es zu einer Apoplexie mit rechtsseitiger Lähmung, die sich bis auf eine leichte Parese des rechten Arms zurückbildet. Im Krankenhause am Urban wird eine Schluckbehinderung mit Oesophagusverengerung, 33 cm hinter der Zahnreihe, constatirt. Am rechten Arm ist die Berührungsempfindung herabgesetzt, in den Fingern besteht Störung des Lagegefühls, der stereognostische Sinn ist aufgehoben bei intakter Schmerzempfindung. Der rechte untere Facialis und Hypoglossus sind paretisch. In der Folge kommt es zu Anfällen Jackson'scher Epilepsie, ausgehend von den Fingern der rechten Hand, auf ganzen Arm und Gesicht übergreifend. Patient wird aphonisch. Es lässt sich rechts eine Parese der Nn. VII und VIII, eine Lähmung der Nn. IX, X, XI (schwächer) und XII feststellen, während links nur die Nn. IX und X stark paretisch sind. Die Stimmbänder stehen in Cadaverstellung; die rechtsseitige Accessoriusparese geht ohne Schaukelstellung des Schulterblatts einher.

Klinische Diagnose: Carcinoma oesophagi, Metastasen in der hinteren Schädelgrube und in der linken Armregion der Grosshirnrinde, vorwiegend im Gyrus centralis post. und in den angrenzenden Gebieten des Gyrus supramarginalis.

Die Section (Prof. Benda) bestätigt das Oesophaguscarcinom und den Sitz des Tumors in der Grosshirnrinde vollkommen, zeigt in der hinteren Schädelgrube rechts eine vom Foramen jugulare bis zum Meatus auditorius int. reichende Matastase, der sich eine kleinere am Hypoglossusstamm anschliesst, links eine kleine Metastase am Foramen jugulare.

Der Fall wird ausführlich von anderer Seite veröffentlicht werden.

Discussion.

Herr Remak bemerkt, dass dieser Fall eine Bestätigung der von ihm schon lange vertretenen Ansicht darbiete, dass Läsionen des Kernes oder

Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Stammes des N. accessorius an der Basis des Schädels eine Schaukelstellung des Schulterblatts nicht bedingen.

Herr Minor (als Gast) berichtet, dass er ähnliche Fälle von Verletzungen der Nerven der hinteren Schädelgrube nach Läsionen der Schädelbasis durch Projectile beobachtet habe.

Herr Remak hat schon vor Jahren (1888) einen Fall von traumatischer Hypoglossus-, Accessorius- und Sympathicusparalyse beschrieben, der durch Exstirpation eines Carcinoms am Halse durch James Israel veranlasst war.

Herr Liepmann fragt, ob denn der Herr Vortragende Gründe hat, bei Tastlähmung einen Herd im Gyrus marginalis zu fordern; er (L.) denke natürlich an jene Störung, die wirklich den Namen Tastlähmung verdient, bei der die Identification vom Getasteten trotz leidlich erhaltener Sensibilität, insbesondere des sogenannten Muskelsinnes, nicht zu Stande kommt. Bei den klassischen Fällen von Tastlähmung von Wernicke und Monakow lag der Herd nicht im Gyrus marginalis, sondern in der hinteren Centralwindung.

Herr Rothman: Der Fall bestätigt allerdings vollkommen die von Remak hervorgehobene Thatsache, dass die Schaukelstellung der Scapula bei Accessoriusaffectionen an der Schädelbasis fehlt. Auch ich habe, wie Minor, multiple Lähmungen der letzten Hirnnerven bei Affectionen ausserhalb der Schädelkapsel gesehen, so in letzter Zeit bei einem von der Aussenfläche des linken Keilbeins in die Mundhöhle gewachsenen Fibrom. Was die Aufhebung des stereognostischen Sinns betrifft, so habe ich Fälle ohne geringe Störungen des Lagegefühls nicht gesehen. Doch ist das Missverhältniss zwischen den letzteren und dem total erloschenen stereognostischen Sinn sehr auffallend. Ich glaube, dass in allen diesen Fällen die Störung nach hinten auf den Gyrus supramarginalis übergreift oder doch die Projectionsfaserung desselben zerstört hat.

Herr Rothmann: Geschwulst in der mittleren Schädelgrube.

Bei einem Kinde von $^3/_4$ Jahren, das Ende März 1905 in meine Poliklinik gebracht wurde, hatte sich von Mitte Februar an eine langsam zunehmende linksseitige Augenmuskellähmung entwickelt. Damals bestand eine vollkommene linksseitige Oculomotorius- und wahrscheinlich auch Trochlearislähmung bei intactem Abducens. Nach anfänglichem völligen Wohlbefinden trat Anfang Mai wiederholtes Erbrechen unter starker Vorwölbung der grossen Fontanelle auf. Es konnte jetzt auf dem rechten Auge eine Hemianopsie nach rechts festgestellt werden ohne hemianopische Pupillenreaction. Die rechte Pupille war abgeblasst, die Pupillenreaction träge. Das Kind schonte die rechtsseitigen Extremitäten; es wurde schläfrig. Die Diagnose wurde auf einen Tumor der mittleren Schädelgrube gestellt, der den linhen Oculomotorius, Trochlearis und Tractus opticus zerstört, vielleicht auch den L. opticus geschädigt hatte. Das Kind ging im Krankenhause am Urban in völliger Benommenheit unter krampfartigen Zuckungen der Extremitäten zu Grunde. Die unter hohem Druck stehende Cerebrospinalflüssigkeit ergab keine Besonderheiten.

Die Section (Prof. Benda) ergab ein von den Meningen an der Schädelbasis ausgehendes kleinzelliges Sarkom, das den linken N. II, III, IV und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tractus opticus umfasste und in die linksseitige hintere Thalamusgegend eindrang, hier den linken Pedunculus cerebri durchbrechend. Kein Zeichen von Tuberculose oder Lues an der Leiche.

Die Präparate werden demonstrirt.

Discussion.

Herr Remak bemerkt, dass in einem analogen, von ihm als „basale Hemianopsie" (Neurolog. Centralbl. 1890. No. 5) beschriebenen, sehr ähnlichen Falle, der beiläufig noch im Siechenhause lebt, von Uhthoff und ihm die hemianopische Pupillenreaction auch nicht bestätigt werden konnte.

Herr Rothmann: Ich möchte doch eine Lanze für die von Wernicke theoretisch construirte, aber weiterhin wiederholt auch von mir selbst sicher nachgewiesene hemiopische Pupillenreaction brechen. Die diagnostische Bedeutung derselben ist nicht gering. Dass sie in diesem Fall fehlte, lag wohl, abgesehen von der Schwierigkeit der Untersuchung bei einem so kleinen Kinde, an der durch die beginnende Opticusatrophie bedingten Herabsetzung der Lichtreaction überhaupt.

3. Herr Rothmann: Seltene Formen der Aphasie.

1. Fall von transcorticaler motorischer Aphasie mit reinem Sectionsbefund.

Bei einem 82 jährigen Manne, der vor 6 Jahren einen Schlaganfall mit vorübergehender Lähmung der rechten Körperhälfte, aber anscheinend dauernder, fast totaler motorischer Aphasie durchgemacht hatte, und der jetzt in Folge einer Bronchopneumonie in das Krankenhaus am Urban kam, wurde das typische Krankheitsbild der transcorticalen motorischen Aphasie festgestellt. Spontane Sprache bis auf Namen, Stand und einfachste Zahlenreihe (1—10) erloschen bei völlig erhaltenem Wortverständniss und erhaltenem Nachsprechen selbst der schwierigsten Wortbildungen. Lesen intact, Schreiben etwas gestört (z. Th. durch leichte Parese des rechten Arms). Gesang erhalten bei Textaphasie. Nach 5 Tagen starb Patient an den Folgen der Bronchopneumonie.

Bei der Section (Prof. Benda) fand sich im Gehirn, wie an makroskopischen Querschnitten des Gehirns und an Zeichnungen demonstrirt wird, eine kleine Cyste dicht am Seitenventrikel im ventralen Theil des Gyrus angularis als Rest der alten Blutung, von der aus ein kleiner Erweichungsherd röhrenförmig nach vorn zieht derart, dass er unter der Mitte der Centralwindungen bis in das Stirnhirn gelangt und hier im centralen Mark unmittelbar vor der 3. Stirnwindung liegt. Das Mark derselben ist beträchtlich geschrumpft bei makroskopisch nicht veränderter Rinde. Die anderen Stirnwindungen zeigen normale Ausbildung. Der Weg durch Insel und Capsula externa zur 3. Stirnwindung ist frei geblieben.

Verf. betont die Bedeutung dieses ersten reinen Sectionsbefundes bei transcorticaler motorischer Aphasie, der geeignet ist, die Aufstellung dieser von Lichtheim zuerst beschriebenen, von Wernicke bis zuletzt vertheidigten besonderen Aphasieform als berechtigt hinzustellen.

Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

4. Complicirter Fall von partieller motorischer, totaler sensorischer Aphasie.

Bei einer 72jährigen Frau trat am 17. XII. 1904 der erste Schlaganfall auf. Darauf totale motorische Aphasie bei erhaltenem Wortverständniss. Keine wesentliche Besserung im Krankenhause Bethanien. 2. Anfall 6. I. 1905, Aufnahme im Krankenhause am Urban. Danach vollkommene Aufhebung des Wortverständnisses, Logorrhoe mit schwerster Jargonaphasie. Nachsprechen, Lesen, Schreiben in jeder Form aufgehoben. Nach einem Monat geringe Wiederkehr des Wortverständnisses, Abnahme der Logorrhoe bei andauernd schwerster Störung der Spontansprache, aufgehobenem Nachsprechen, absoluter Alexie und Agraphie bis zur völligen Aufhebung des Nachzeichnens. Nur einige sinnlose Buchstaben und Zahlen werden spontan geschrieben. Dabei Stopfen und Stricken ohne wesentliche Störung. Keine ausgesprochene Hemianopsie. Orientirung, zweckmässiges Handeln intact. 6. V. 1905 Exitus nach Bronchopneumonie.

Klinische Diagnose: 1. Erweichungsherd im Gebiet der linken 3. Stirnwindung ohne völlige Zerstörung der Broca'schen Windung; 2. Erweichungsherd in der linken 1. Schläfenwindung, übergreifend auf die Inselgegend und auf den Gyrus angularis.

Section (Prof. Benda): Ausserordentlich ausgesprochene Atrophie der linken 1. Schläfenwindung. An Querschnitten des in Formol gehärteten Gehirns und Zeichnungen werden die Erweichungsherde demonstrirt.

Es besteht eine ausgedehnte Erweichung im vorderen Theil der linken 3. Stirnwindung, dorsalwärts auf die basalen Theile des Stirnhirns übergreifend bei Freibleiben der eigentlichen Broca'schen Windung, ferner Erweichung der hinteren Abschnitte der linken Insel, die von hier aus in das Mark der linken 1. Schläfenwindung übergreift, dieselbe in ihrer dorsalen Hälfte zur Atrophie gebracht hat und darüber hinaus in das Mark des Gyrus angularis eindringt.

Discussion.

Herr Liepmann: Es ist sehr erfreulich, dass uns hier der Gehirnbefund von einem Fall, der intra vitam das Hauptsymptom der sogen. transcorticalen Aphasie, erhaltenes Nachsprechen bei aufgehobener Spontansprache bot, dargebracht wird. Das Fehlen beweisender Sectionsbefunde und theoretischer Gründe haben selbst einzelne Wernicke'sche Schüler nicht etwa an dem Bestehen des klinischen Bildes (das ganz mit Unrecht von manchen Autoren bestritten wird), sondern an der von Wernicke und Lichtheim angenommenen Localisation zweifeln lassen.

Es ist in der That aus anatomischen Gründen kaum denkbar, dass ein Herd die meisten zum Broca'schen Centrum ziehenden Bahnen unterbrechen, aber gerade die zu den Phonationskernen ziehenden Fasern und die vom Schläfenlappen kommenden verschonen sollte. Schon aus diesem Grunde verdient neben anderen Möglichkeiten — Nachsprechen mit Hilfe der rechten Hemisphäre — die Ansicht Bastian's Berücksichtigung, wonach es sich bei

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem betreffenden Symptomencomplex um eine leichtere Schädigung des motorischen Sprachcentrums handle, während völlige Destruction das Bild der klassischen Aphasie mache. Erstaunlich wäre es ja auch in diesem Falle, wenn ein so kleiner Herd die gesammten associativen Verbindungen unter Verschonung der centrifugalen Fasern durchtrennen sollte. Meine Zweifel an der Beweiskraft des Falles würden beseitigt sein, wenn die mikroskopische Untersuchung an Serienschnitten bestätigte, dass hier ein sammt seiner centrifugalen Leitung intactes Sprachcentrum von seinen Verbindungen mit anderen Centren abgetrennt ist, insbesondere also, dass das Broca'sche Centrum selbst nicht geschädigt ist.

Zu dem zweiten Fall ist zu bemerken, dass ein sonst bei Atrophie der ersten Schläfenwindung häufig auftretender Symptomencomplex: erhaltenes Nachsprechen bei fehlendem Sinnverständniss, hier in Folge des Inselherdes nicht zu Stande kommen konnte.

Dass die Schreibstörung, insbesondere das aufgehobene Nachschreiben bei vollkommen aufgehobenem Wortverständniss eine Betheiligung des Gyrus angularis fordere, kann nicht zugegeben werden. Die Agraphie kommt schon bei Zerstörungen des Wernicke'schen Centrums zu Stande und mechanisches Nachzeichnen der Buchstaben fehlt umgekehrt gewöhnlich nicht bei Herden des Gyrus angularis.

Herr T. Cohn bemerkt, dass schon Bastian es aussprach, dass abheilende Fälle von motorischer Aphasie das Bild transcorticaler Aphasie ergeben können, wie auch er beobachtet habe.

Herr Rothmann (Schlusswort): Die Bedeutung des Falles von transcorticaler motorischer Aphasie liegt gerade darin, dass es sich hier nicht um einen in der Besserung begriffenen Fall schwerer motorischer Aphasie, sondern um einen stationären Aphasiefall dieser Art handelt. Die röhrenförmig von hinten nach vorn ziehende Erweichung hat sich in merkwürdiger Weise gerade der 3. Stirnwindung vorgelagert. Völlig intact kann dabei die Rinde der 3. Stirnwindung keinesfalls sein, aber ohne schwerere Veränderungen — dass die Agraphie im Allgemeinen keine Affection des Gyrus angularis erfordert, darin stimme ich mit Herrn Liepmann überein. Aber in meinem zweiten Fall konnte kein Buchstabe nachgezeichnet, ja selbst kein Strich nachgezogen werden. Das ist ohne Affection des Gyrus angularis undenkbar.

Vortragender schliesst mit dem Hinweis, dass Wernicke's Arbeiten vor Allem uns in den Stand gesetzt haben, auf diesem Gebiete richtige klinische Diagnosen zu stellen. (Autoreferat.)

Herr Toby Cohn: Myotonia congenita.

Patient ist ein 20jähriger Student. Sein um 9 Jahre älterer Bruder leidet an der gleichen Krankheit. Andeutungen sollen sich beim Vater („Stocken" beim Versuch des Treppensteigens) und bei den sechs Geschwistern („Starrheit" des Blickes) zeigen. — Patient bietet das typische Bild. Es besteht auch myotonische Reaction für beide Ströme (für den faradischen deutlicher) sowohl bei directer als indirecter Reizung, bei directer aber besser nachweisbar. Ueberwiegen der AnSZ oder Ausbleiben der AnOZ ist nicht nachweisbar. An

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Innenseite des Oberarmes zeigen sich bei mittelstarken, aufsteigenden, galvanischen Strömen „Erb'sche Wellen". — Patient giebt an, auch in den Augenmuskeln bei plötzlicher Aenderung der Blickrichtung, sowie beim Schlucken und Sprechen (Aufsagen von Vocabeln in der Schule) und schliesslich auch beim Urinlassen myotonische Beschwerden zu haben — Spannungsgefühl und anfängliche, allmählich im Laufe der Thätigkeit nachlassende Schwierigkeiten. — Diese subjective Angabe lässt sich objectiv nicht mit Sicherheit bestätigen, auch nicht an den Augenmuskeln. Das Leiden besteht seit frühester Jugend.

Die in der Myotonieliteratur häufig zu findende Schilderung, die das Bild giebt, als machte den Myotonischen nach längerer Ruhe eines Muskelgebiets gewöhnlich die erste Bewegung die grösste Schwierigkeit, ist nicht immer ganz zutreffend. Wenn man nämlich den Patienten nach einer Ruhepause auffordert, im Ellbogengelenk mehrmals hintereinander Beugungen und Streckungen auszuführen, so sieht man, dass de facto die erste Ellbogenbeugung ziemlich prompt geschieht, die zweite und dritte dagegen viel schwieriger, während dann bei den weiteren Wiederholungen in bekannter Weise die allmähliche Erleichterung eintritt. Lässt man dagegen nicht abwechselnd activ beugen und strecken, sondern wartet nach der ersten Beugung das passive Heruntersinken des Armes ab, um dann erst eine erneute Beugung ausführen zu lassen u. s. f., so sieht man, dass jede Einzelbeugung mit gleicher hinreichender Promptheit geschieht. Die Schwierigkeit bei der zweiten und dritten Beugung im ersten Versuche ist also darauf zurückzuführen, dass die Nachdauer der kräftigen Contraction der Antagonisten (Strecker) das Auftreten der zweiten und dritten Beugung verzögert, während bei der ersten — aus schlaffer Haltung erfolgenden Beugung die relativ schlaffen Antagonisten keinen erheblichen Widerstand entgegensetzen. Bei Schlaffheit der Antagonisten macht also dem Myotonischen die erste Bewegung geringe oder keine Schwierigkeit.

Zu diesem Vortrag bemerkt Herr Bernhardt, dass bei der in Rede stehenden Krankheit nicht die erste Bewegung es sei, die Schwierigkeiten verursacht, sondern das Hinderniss liege darin, dass die zuerst durch die willkürliche Action erzielte Stellung des betreffenden Gliedes nur schwer schnell verändert werden könne.

Herr K. Brodmann: Demonstration von Fibrillenpräparaten zur Histogenese des Centralnervensystems.

Vortragender hat menschliche Früchte aus dem 1., 3., 7., 8. und 10. Monat auf das Vorkommen von Neurofibrillen in den Centralorganen nach Bielschowsky und Cajal untersucht.

Die Bielschowsky'sche Fibrillenmethode (Blockimprägnation mit Paraffineinbettung, 4 proc. Silberlösung) hat sich in frühen embryonalen Entwicklungsstadien an den tieferen Abschnitten des Centralnervensystems, namentlich im Rückenmark und verlängerten Mark der Cajal'schen unbedingt überlegen gezeigt. Sie liefert hier nicht nur eine gleichmässige Totalfärbung der Schnitte, sondern bringt auch die nervöse Faserung einschliesslich der intracellulären Neurofibrillen mit einer Vollständigkeit und Klarheit zur Dar-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stellung, wie es dem Vortragenden nach Cajal (Originalmethode und II. und III. Modification) nicht geglückt ist. In der Grosshirnrinde allerdings treten die Neurofibrillen in den embryonalen Ganglienzellen nach Cajal besser und feiner hervor, während die gröbere Faserung, insbesondere des subcorticalen Markes sich auch hier nach Bielschowsky vollständiger färbt.

Als vorläufige Ergebnisse seiner Untersuchungen theilt B. die folgenden mit:

Die Entwicklung von Neurofibrillen beginnt im Centralnervensystem sehr früh; sie setzt bereits Monate vor Beginn der Markreifung ein und vollzieht sich unabhängig von dieser. Das erste Auftreten von Neurofibrillen hat B. bei einem Fötus von 1,7 cm Länge festgestellt, bei dem sich am ventralen Umfang des Neuralrohres ein dichtes, um dieses seitlich umbiegendes schwarzes Fibrillenbündel fand. (Bielschowsky hat schon bei einem menschlichen Fötus von 0,6 cm Länge Neurofibrillen gesehen.)

Das nächste untersuchte Stadium, eine Frucht aus dem III. Monat, zeigte im Rückenmark bereits reichliche, theilweise sehr derbe Fasern in der grauen und weissen Substanz. Durch ihr starkes Faserkaliber fallen die Hinterwurzelbündel auf, während die vorderen Wurzeln zartere Fasern besitzen. Ein sehr dichtes Faserbündel findet sich in diesem Alter in der vorderen Commissur.

Bei einer Frucht aus dem VII. Monat zeigte der ganze Rückenmarksquerschnitt im Hals-, Brust- und Lendenmark überraschend viele Fasern. Auch hier überwiegen die Fasern der hinteren Wurzeln diejenigen der vorderen beträchtlich an Kaliber. In fast allen Ganglienzellen der Vorderhörner finden sich sehr dünne, den Zellleib und die Dendriten vielfach isolirt durchziehende Neurofibrillen. Die Spinalganglien derselben Frucht zeichnen sich ebenfalls durch grossen Fasergehalt aus; ihre Zellen enthalten nach Bielschowsky theils dunklere, theils hellere Neurofibrillengeflechte mit echten Netzbildungen.

Im gleichen Alter konnte auch das erste Auftreten von nervösen Fasermassen in der Grosshirnrinde festgestellt werden. Hier finden sich gewisse zeitliche und örtliche Differenzen der Faserentwicklung in verschiedenen Windungsabschnitten, welche mit dem zeitlichen Auftreten der Myelinisation in den betreffenden Gebieten indess übereinstimmen.

An einem Fötus aus dem VIII. Schwangerschaftsmonat, von dem der Gyrus centralis anterior und posterior, der Gyrus frontalis superior, der Gyrus temporalis superior, Cuneus, Insel und Ammonshorn mit Subiculum nach den erwähnten Methoden untersucht wurden, fanden sich die zahlreichsten Fasern im Ammonshorn, dann in den beiden Centralwindungen und zwar in dem dem Sulcus centralis zugewendeten Theil, weniger im Cuneus, soweit er dem Calcarinatypus angehört und spärliche Fasern in der ersten Stirn- und Schläfenwindung und in der Insel.

Am zahlreichsten waren die Fasern im subcorticalen Marklager der Windungen, dann in den inneren Rindenschichten: in der IV. und V. Schicht überwiegen im Allgemeinen derbere Horizontal- und Schrägfasern, nur im Cuneus und im Gyrus frontalis superior finden sich in den innersten Schichten feinste, den Radii entsprechende verticale Fibrillenbündel. Die II. und die äussere Hälfte der III. Schicht enthalten im VIII. Monat noch so gut wie

Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

keine Fasern. Auffallend und höchst interessant war dagegen der nach Bielschowsky und Cajal gleichermaassen erhobene Befund, dass bereits um diese Zeit (also im VIII. und theilweise schon im VII. Monat) in allen untersuchten Windungsabschnitten auch in den spätmarkreifen, wie Insel und erste Stirnwindung innerhalb der I. Schicht ein starker geschlossener tangentialer Faserzug entwickelt ist, der mit gewissen örtlichen Abweichungen überall aus recht derben Fasern besteht und aus autochthonen Zellen (sog. „Horizontalzellen") abstammt. Die Faserentwicklung vollzieht sich also in der Grosshirnrinde im Allgemeinen von innen nach aussen mit der einen Ausnahme, dass die I. Schicht in ihrer mittleren Lage allenthalben schon überaus frühzeitig Tangentialfasern anlegt und den anderen Schichten in der Faserbildung vorauseilt.

Intracelluläre Fibrillen hat Vortragender in der Grosshirnrinde des VIII. fötalen Monats nur in der II. Schicht der vorderen Centralwindung im Bereich des Riesenpyramidentypus, sowie in den grossen Zellen des Ammonshorns gefunden. Sie sind am häufigsten im Apikaldendrit und lassen sich nicht selten wegen der relativ geringen Zahl der Elemente sehr deutlich als isolirte feinste Fäserchen durch den ganzen Zellleib hindurch über den Kern hinweg oder im Bogen um den Kern herum von einem Fortsatz in den anderen hinein verfolgen. Es widerspricht diese entwicklungsgeschichtliche Thatsache den früheren Angaben, dass alle Neurofibrillen in den Zellen Netze bilden und unter Theilung mit einander anastomosiren.

Herr Jacobsohn fragt, ob die Fibrillen in der Zelle anastomosiren oder ob sie durch die Zelle hindurchziehen.

Herr Brodmann: Wahre Anastomosen zwischen benachbarten Ganglienzellen mit gegenseitigem Austausch von Neurofibrillen finden sich nicht gerade selten; im embryonalen Rückenmark (und auch in den Spinalganglien) hat B. oft fibrillär structurirte Protoplasmabrücken zwischen zwei Zellen gesehen. Man bekommt an den Silberpräparaten häufig den zwingenden Eindruck bei Verwendung geeigneter Entwicklungsstadien der grauen Substanz, dass es sich um ein plasmatisches Syncytium im Sinne der Gegenbauer'schen Intercellularbrückentheorie handle, innerhalb dessen sich secundär die Neurofibrillen differenziren.

Herr Kurt Mendel stellt 3 Fälle von Friedreich'scher Krankheit vor.

I. 19 Jahre altes Mädchen. In der Ascendenz angeblich keine ähnliche Erkrankung; hingegen leidet die 21jährige Schwester seit dem 15. Lebensjahre an der gleichen Krankheit (dieselbe war nicht dazu zu bewegen, zur Demonstration zu erscheinen). Patientin ist normal geboren, lernte mit $2^1/_2$ Jahren laufen und hat sich dann körperlich und geistig gut entwickelt. Im 14. Lebensjahre bemerkte sie angeblich nach einem heftigen Schreck ein Zittern in den Händen. Allmälig trat auch Zittern in den Beinen und Unsicherheit beim Gehen, sowie Sprachstörungen auf und es entwickelte sich der gegenwärtige Zustand. Patientin ist seit dem 17. Jahre menstruirt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. 18 Jahre alter Patient. Mutter und Grossmutter mütterlicherseits litten an der gleichen Krankheit, gingen wie betrunken und waren schliesslich völlig unfähig zu gehen. Ein älterer Bruder ist — wie die Untersuchung ergab — völlig gesund und dient gegenwärtig als Soldat. Die Schwester des Patienten (Fall III) leidet an der gleichen Krankheit. Patient selbst wurde normal geboren, lernte mit $2^3/_4$ Jahren laufen und entwickelte sich körperlich und geistig bis zum 14. Jahre völlig unauffällig. Am Tage der Einsegnung bemerkte der Vater zum ersten Male, dass sich bei dem Sohne beim Niederknieen ein Schwanken des Körpers zeigte. Vom 14. Jahre ab wurden dann die Beine allmählich unsicherer, darauf auch die Arme, und seit dem 16. Lebensjahre wurde die Sprache undeutlich. Zur Zeit stolpert Patient oft, besonders beim Treppensteigen; er geht wie ein Betrunkener, kann die Hände nur sehr ungeschickt und unsicher gebrauchen, schreibt schlecht u. s. w. Die Intelligenz ist gut geblieben, Blasenstörungen bestehen nicht.

III. Schwester des Patienten (Fall II), 14 Jahre altes Mädchen. Grossmutter, Mutter und Bruder leiden an gleicher Krankheit. Das Leiden befindet sich bei dieser Patientin erst im Anfangsstadium. Patientin ist noch nicht menstruirt. Bis vor $^1/_2$ Jahr völlig gesund, ohne irgend welche körperliche oder geistige Auffälligkeiten. Seit Januar d. Js. merkte der Vater, dass der Tochter beim Gehen der Kopf leicht zittre. Im Februar trat dann eine Unsicherheit beider Hände und etwas später ein schwankender Gang hinzu. Intelligenz blieb unverändert, Urinbeschwerden bestehen nicht.

Bezüglich der Status kann sich Vortragender kurz fassen, da alle drei Patienten (ebenso auch die nicht erschienene Schwester von Fall I) fast völlig den gleichen Befund bieten (in Fall III am wenigsten ausgesprochen). Bei beiden Geschwisterpaaren fehlen Störungen an den Pupillen, am Augengrund, Sensibilitäts- und Blasenstörungen (nur in Fall I des Oefteren beim Lachen unwillkürlicher Urinabgang). Patellar- und Achillessehnenreflexe sind bei allen vier Patienten nicht auslösbar. Der Babinski'sche Reflex ist bei dreien positiv (ein Zeichen von Miterkrankung der Pyramidenbahnen!), in Fall II hingegen tritt bei Reizung der Fusssohle deutliche Plantarflexion der grossen Zehe ein, was bei dem Vorgeschrittensein des Leidens auffällig ist. Nystagmus ist in Fall I und III angedeutet, in Fall II besteht beiderseitige leichte Abducensparese, kein Nystagmus. Romberg ist bei allen vier deutlich vorhanden. Die Ataxie in den oberen und unteren Gliedmaassen ist deutlich, aber noch gering in Fall III, sehr ausgeprägt in den anderen Fällen, ebenso ist die Sprache kaum gestört in Fall III, bei den übrigen ist sie bereits sehr undeutlich. Vortragender erwähnt schliesslich kurz die zu beobachtenden choreiformen Bewegungen und die auffallende somatische Aehnlichkeit zwischen den beiden Geschwistern II und III (Beide haben leichten Exophthalmus, asymmetrisches Gesicht, das rechte Ohr bei Beiden deutlich grösser als das linke und völlig gleich geformt, steiler Gaumen). Die Vererbbarkeit des Leidens zeigt sich mit grausamer Deutlichkeit bei dem Geschwisterpaar II und III: Grossmutter, Mutter, Tochter und Sohn sind von dem gleichen Leiden in gleicher Weise heimgesucht. (Ausführliche Publication erfolgt a. a. O.)

Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Discussion:

Herr M. Rothmann: Die eine von Herrn Mendel demonstrirte Patientin und ihre Schwester sind von mir vor Jahren bereits als Fälle Friedreich'scher Ataxie diagnosticirt worden. Damals zeigte die ältere Schwester, die, 18 Jahre alt, in meine Poliklinik kam, nur Fehlen der Sehnenreflexe, Romberg und ataktischen Gang. Nur das Fehlen jeder Luesanamnese und die auffallend starke Ataxie der Rumpfmuskulatur liessen die juvenile Tabes äusserst zweifelhaft erscheinen. Nach langem Examiniren erst gelang es, heraus zu bekommen, dass eine jüngere Schwester etwas unsicher ging. Das ist die hier vorgestellte Patientin. Die Mutter und der Bruder sind gesund. Gerade die Differentialdiagnose gegenüber der juvenilen Tabes ist bei nicht familiärem Auftreten und noch nicht entwickeltem Krankheitsbild oft schwierig und sollte gegen jeden Fall von juveniler Tabes ohne nachweisbare Lues äusserst skeptisch machen.

Herr K. Mendel (Schlusswort): Gegen die juvenile Tabes ist in den vorgestellten und ähnlichen Fällen die prompte Pupillenreaktion (die Pupillen sind ja gerade bei der juvenilen Form der Tabes wohl fast ausnahmslos als lichtstarr befunden worden), das Fehlen von Sensibilitäts- und Blasenstörungen zu verwerten. Die Schwierigkeit der Diagnose „Friedreich'sche Krankheit" im Beginne des Leidens erhellt aus Fall III, der ohne die amnestischen Daten bezüglich der Familie der Patientin entschieden diagnostische Schwierigkeiten geboten hätte.

Sitzung vom 6. November 1905.

Vorsitzender: Herr Mendel.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Nachdem der Vorsitzende Excellenz v. Bergmann als Gast begrüsst und den Dank des Herrn Lucae für die ihm vom Vorstande im Namen der Gesellschaft zu seinem 70. Geburtstage ausgesprochenen Glückwünsche übermittelt hat, gedenkt er mit ehrenden Worten des dahingeschiedenen Nestors der deutschen Psychiater, des Herrn Geh. Rathes Prof. Dr. Heinrich Lähr.

Hierauf folgen die Vorträge der Herren Borchardt und Seiffer: Diagnose und chirurgische Behandlung der Geschwülste der hinteren Schädelgrube, insbesondere des Kleinhirns.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Entwicklung der Kleinhirnchirurgie bespricht Borchardt die moderne Technik.

Er selbst bevorzugt vor der Hand die Craniektomie vor der temporären Craniektomie; ein Lappen mit unterer Basis wird gebildet, der 4—5 cm über die Lin. nuchae sup. hinausgeht.

Die Blutstillung aus abnorm grossen Emissarien wird durch Einschlagen von Elfenbein- oder Holzstiften bewerkstelligt, der Schädel an einer sinusfreien Stelle entfernt und der Knochen dann mit Lüer'scher Zange oder eigens construirter Fraise weggenommen!

Unter Schonung des Sinus wird die Dura in Lappenform gespalten. Ist

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Operation vollendet, so wird die Dura entweder garnicht genäht oder höchstens mit einigen Nähten fixirt.

Gelingt es nicht, das Kleinhirn zu reponiren, so werden die prolabirten Theile abgetragen. B. bespricht sodann die Indicationen für den Eingriff, sowie die bisher erreichten Resultate; sie sind am schlechtesten bei den Tuberkeln, für deren Operation B. aber trotzdem eintritt angesichts der aussichtslosen internen Therapie; für die gummösen Erkrankungen ist die Prognose etwas besser; sie sollen besser werden, wenn eine richtig eingeleitete antisyphilitische Kur erfolglos war, jedenfalls bevor die Stauungspapille in's atrophische Stadium übergeht.

Für die Gliome, Gliosarcome etc. werden 9 pCt. Heilungen berechnet.

Am besten sind die Resultate der Cysten, von denen 14—15 geheilt wurden.

Die Operabilität der Kleinhirnbrückenwinkel wird an der Hand einiger Präparate, ferner durch einen vorgestellten Fall, in dem die partielle Exstirpation vorgenommen war, bewiesen und für schwierige Fälle der Vorschlag Frazier's acceptirt, Stücke der Kleinhirnhemisphäre zu entfernen, um besser an das Geschwulstbett heranzukommen.

Kurz wird die Operabilität der Chordome, der Felsenbeinsarcome, der Tumoren der Hinterhauptsschuppe besprochen, und schliesslich ein Mann mit Cholesteatom der Hinterhauptsschuppe, ferner eine Frau mit operirter Kleinhirncyste vorgestellt.

Sodann stellt Herr Seiffer einen von Herrn F. Krause operirten, fast vollkommen geheilten Fall von Kleinhirngeschwulst vor.

Hierzu bemerkt Herr Krause, dass sich bei der Kranken eine fluctuirende Narbe an der Operationsstelle gebildet habe, aus der nach der Punktion viel Liquor ausgeflossen sei und auch jetzt noch abfliesse. Der etwa die Grösse eines Daumengliedes besitzende Tumor habe sich stumpf auslösen lassen.

Hierauf erstattet Herr Seiffer ein ausführliches Referat über die Diagnostik von Geschwülsten in der hinteren Schädelgrube. Es wird anderen Ortes ausführlich veröffentlicht werden.

Sitzung vom 4. December 1905.

Vorsitzender: Herr Mendel.
Schriftführer: Herr Bernhardt.

Vor der Tagesordnung.

Herr K. Brodmann: Physiologische Differenz der vorderen und hinteren Centralwindung. (Demonstration operirter Affen.)

Vortragender berichtet über die vorläufigen Ergebnisse von Exstirpationsversuchen an der vorderen bezw. hinteren Centralwindung, welche gemeinsam mit C. und O. Vogt im neurobiologischen Laboratorium an niederen Affen (Cercocebus) ausgeführt wurden. Es handelt sich bisher im Ganzen um acht

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Paralleltiere, 4 mit Zerstörungen in der vorderen und 4 mit Zerstörungen in der hinteren Centralwindung.

Die Akten über die Physiologie der Centralwindungen sind noch nicht geschlossen. Die Sachlage ist gegenwärtig folgende: Nachdem die im Jahre 1874 zuerst von Hitzig aufgestellte Lehre, dass bei Affen nur der Gyrus centralis anterior „motorisch" sei, beinahe 3 Jahrzehnte in Vergessenheit gerathen war und, namentlich unter dem Einflusse der Munk'schen Arbeiten eine unicistische Auffassung der ganzen Regio rolandica zur allgemeinen Anerkennung gelangt war, sei es im Sinne eines gemischten „Sensomotoriums" nach Exner, sei es im Sinne der Munk'schen „Körperfühlsphäre", mehren sich neuerdings die Erfahrungen, welche für eine weitgehende functionelle Ungleichwerthigkeit der beiden Centralwindungen sprechen. Grundlegend waren in dieser Hinsicht Reizversuche von Grünbaum und Sherrington an anthropomorphen Affen, welche beweisen, dass die elektrischen Foci, wie es Hitzig behauptete, ausschliesslich im Gyrus centralis anterior gelegen sind. Diese Angaben wurden an 1 Orang und 14 niederen Affen im neurobiologischen Laboratorium durch C. und O. Vogt bestätigt, wie Vortragender bereits früher in dieser Gesellschaft gegen Rothmann ausgeführt hat (Sitzung 1905), und ganz in Uebereinstimmung mit ihnen stehen auch Rindenreizungen am Menschen. Anlässlich intracranieller chirurgischer Eingriffe, welche darthun, dass für schwache elektrische Ströme die hintere Centralwindung auch beim Menschen nicht erregbar ist (F. Krause, Mills, Lamacq, Stewart). Dazu kommen klinische Bobachtungen, und zwar einerseits Fälle von Läsionen der vorderen Centralwindung mit motorischer Lähmung und ohne Sensibilitätsstörungen (vergl. Ferrier's Statistik), andererseits Fälle von corticaler Hirnanästhesie ohne stärkeren motorischen Defect (Mills, Spiller, Oppenheim, v. Monakow), welche sich ebenfalls nur unter der Annahme einer wenigstens theilweisen regionären Scheidung motorischer und sensibler Functionen, an der Charcot, Nothnagel und Ferrier immer festgehalten haben, erklären lassen. Schliesslich hat auch die anatomische Forschung in jüngster Zeit wesentliche Unterschiede im anatomischen Bau der beiden Centralwindungen, und zwar bezüglich der Cytoarchitectonik (Cajal, Schlapp, Vortragender), der Myeloarchitectonik (Campbell) und Fasersystematik (Spiller, v. Monakow) aufgedeckt.

Dass auch Unterschiede in den functionellen Ausfallserscheinungen nach Grosshirnläsionen bestehen, je nachdem die Zerstörung nur die vordere oder nur die hintere Centralwindung betrifft, haben die erwähnten Exstirpationsversuche an Affen erwiesen. Diese Unterschiede werden an zwei vor 5 bezw. 6 Tagen operirten Thieren demonstrirt. Das eine Thier (A) hat linksseits eine Totalexstirpation der vorderen, das andere Thier (B) eine Totalexstirpation der hinteren Centralwindung durchgemacht. Gemeinsam ist beiden Thieren ein abnormes motorisches Verhalten in den gekreuzten Extremitäten; auf den ersten Blick aber zu erkennen, dass das Thier A (ohne vordere Centralwindung) schwerer geschädigt ist als das Thier B (ohne hintere Centralwindung). Beide Thiere gebrauchen übereinstimmend ihre rechtsseitigen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gliedmaassen zu intendirten Einzelbewegungen überhaupt nicht. Greifen nach Früchten, Fressen, Kratzen findet nur mit den linken Extremitäten statt. Ein deutlicher Unterschied in dem Verhalten der beiden Thiere ist aber bei Lokomotionen und in der Ruhestellung der Glieder zu beobachten. Das Thier A stützt sich im Sitzen in plumper Weise auf die rechten Glieder, meist so, dass das Dorsum pedis als Stützfläche benutzt wird. Finger und Zehen sind eingeschlagen, unbequeme und unnatürliche Lage eines Gliedes wird uncorrigirt beibehalten. Gehversuche macht das Thier nur gezwungen und ist im Gehen sehr hilflos: es schleppt in der charakteristischen Art des Hemiplegikers seine Beine rechts nach, schreitet rechts niemals aus, stolpert oft rechts, fällt mit dem Körper nach rechts, dabei kommen die Beine oft unter den Rumpf zu liegen und das Thier kann sich dann kaum mehr aufrichten, klettern kann es gar nicht, die Beine hängen dabei rechts bewegungslos herunter.

Von all' dem ist bei Thier B keine Rede. Es ist im Ganzen viel beweglicher, springt vom ersten Tag nach der Operation flink und spontan, vermag einen hohen glatten Ofen zu erklettern, Nachschleifen des contralateralen Beines oder Umkippen ist nie zu beobachten. Das Thier schreitet beim Laufen auch mit den rechtsseitigen Beinen gut aus, nicht selten deutlich ausfahrend oder schleudernd, beim Klettern oder Greifen nach Objecten fasst es mit der Hand daneben, es greift zu weit oder zu kurz, stets wird beim Gehen die Planta pedis aufgesetzt, vielfach setzt aber das Thier rechts nicht die ganze Sohle, sondern nur die Zehenspitzen nach Art eines schmerzhaft Hinkenden auf. Die Haltung der Beine rechts ist bei Thier B eine eigenthümlich gezwungene, abducirt und gestreckt, Zehen und Hand aber hyperextendirt (im Gegensatz zur Flexion der Hemiplegie des Thieres A).

Im Gebiet der Kopf- und Gesichtsmusculatur zeigt das Thier A Störungen, welche dem Thier B gleichfalls fehlen. Der Kopf ist vorwiegend nach links und oben gedreht, Rechtsdrehungen sind erschwert, das Kauen geht sehr langsam, der Unterkiefer steht dabei schief, die Zunge deviirt nach rechts, Salivation aus dem rechten Mundwinkel, die rechte Backentasche kann nur schwer entleert werden. Bezüglich des Muskeltonus ist zu bemerken, dass A deutliche Hypertonie, B Hypotonie zeigt, ganz entsprechend besteht bei A Steigerung, bei B Herabsetzung des Kniephänomens. Von Sensibilitätsstörungen ist bei beiden Thieren gleichermaassen fehlende Reaction auf einfache Berührungen, Stechen, Kneifen der rechten Körperseite zu constatiren; auch der Plantar- und Palmarreflex und der Munk'sche Berührungsreflex ist bei beiden Thieren rechts nicht auszulösen. Bei Thier A besteht ferner eine ausgesprochene Theilnahmslosigkeit und Reactionslosigkeit für optische Reize im rechten Gesichtsfeld, die aber bereits in Rückbildung begriffen ist; es ist fraglich, ob es sich hier um wirkliche Hemianopsie handelt, die Hitzig nach Eingriffen in die motorische Region beschrieben hat, oder nur um eine durch motorischen Ausfall bedingte Pseudohemianopsie. (Eingehende Veröffentlichung an der Hand der Protocolle und der anatomischen Befunde erfolgt im Journal f. Psychol. u. Neurol.)

(Autoreferat.)

Generated on 2019-02-17 16:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Discussion.

Herr Lewandowsky: Ich möchte mir die Anfrage an den Herrn Vortragenden erlauben, wie lange Zeit seit der Operation dieser Thiere verflossen ist und ob überhaupt verschiedene Störungen nach Exstirpation der hinteren und vorderen Centralwindung nur einigermaassen lange und dauernd beobachtet sind. Es ist ja soviel klar, dass bei dem Affen mit der Exstirpation der vorderen Centralwindung diese Störung auch schliesslich zurückgehen wird, so dass es sich nur um eine vorläufige Störung handelt; denn der Affe auch mit Exstirpationen der vorderen und der hinteren Centralwindung lernt ja die Gemeinschaftsbewegungen, die diesem Affen hier fehlen, schliesslich doch wieder, und zwar auch, wenn die Exstirpationen auf beiden Seiten vorgenommen sind. Es ist daher nothwendig zu wissen, inwieweit solche Differenzen in den Folgen, die die Verletzungen der hinteren und der vorderen Centralwindung beim Affen hat, dauernd beobachtet worden sind, und wieweit sie dann durch anatomische Untersuchungen bestätigt sind.

Herr Brodmann: Wie ich schon erwähnt habe, sind die Affen fünf und sechs Tage nach der Operation. Die hochgradige Zurückbildung der Ausfallserscheinungen nach Exstirpationen ist ja, bei den Affen besonders, eine bekannte Thatsache. Wichtig ist es gerade, in der allerersten Zeit nach solchen Eingriffen functionelle Differenzen festzustellen, denn auch beim Menschen ist schliesslich nach sehr schweren Rindendefecten, z. B. nach einer schweren Apoplexie, immer noch wieder eine Restitution der motorischen Functionen in weitgehendem Maasse und sogar auch Restitution sensibler und sensorischer Functionen eine bekannte Thatsache.

Wir haben bisher 4 Paralleltbiere, also im ganzen 8 Thiere operirt, und die Differenzen sind im Allgemeinen genau so wie hier. Bei kleineren Defecten sind natürlich die Differenzen entsprechend geringer. Ich möchte aber vor Allem bemerken, dass kleine Excisionen der hinteren Centralwindung so gut wie gar keine nachweisbaren Störungen machen. Eine kleine Verletzung der vorderen Centralwindung, etwa im Handcentrum, macht sofort, mindestens 8—10 Tage nachweisbar, eigenthümliche Hülflosigkeit in der Hand, besonders für die typischen isolirten, corticalen Bewegungen der kleinen Gelenke (die Hand wird geschont, ist kraftlos und die Thiere sind nicht im Stande, das Futter zu greifen, ausgestreute Reiskörner zu fassen), während ein Thier, bei dem eine entsprechende Verletzung der hinteren Centralwindung gesetzt wurde, eine solche Störung überhaupt nicht zeigt. Das würde doch schon beweisen, dass gleich grosse Herde verschiedene, und zwar auch qualitativ verschiedene Störungen machen, je nachdem sie in der vorderen oder hinteren Centralwindung liegen.

Die anatomische Untersuchung ist noch im Gange. Wir haben erst drei Hemisphären untersucht, die vierte wird eben geschnitten. Thatsächlich ist die anatomische Untersuchung conform mit den gezeigten physiologischen Unterschieden, indem sich starke fasersystematische Differenzen ergeben haben; um nur eins anzuführen: es ist erstaunlich, wie hochgradig selbst nach einem

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

relativ kleinen Defect der vorderen Centralwindung die Degeneration der Pyramide ist, und wie geringfügig diese Schädigung ist nach einer totalen Exstirpation der hinteren Centralwindung. Ich habe schon erwähnt, dass auch Monakow, nach Beobachtungen beim Menschen, jetzt zu der Ansicht gekommen ist, dass der Löwenantheil der Ursprungsfasern der Pyramidenbahnen in der vorderen Centralwindung liegt, wie er in der neuesten Auflage der Gehirnpathologie ausdrücklich bemerkt.

Herr Klempner: Vorstellung eines Falles von Narkoselähmung des linken N. cruralis und obturatorius einer 42jährigen Frau.

Es war wegen Prolaps. uteri et vaginae die totale Vaginalexstirpation von Uterus und Vagina in $3^1/_2$stündiger Narkose gemacht worden. Die Beine wurden vom Assistenten in flectirter und abducirter Stellung der Oberschenkel gehalten.

Nach der Operation Schwäche im linken Bein, das beim Gehen einknickte. Das Bein wurde beim Gehen steif gehalten; wollte Patientin es nach vorn bringen, so schob sie die linke Beckenseite vor und das Bein wurde in abducirter Stellung nachgezogen.

Sehr starke Atrophie der linken Adductorengruppe und des linken Quadriceps.

Active Flexion im linken Hüftgelenke, Adduction des linken Oberschenkels und Extension im linken Kniegelenke anfangs unmöglich, später mit geringer Kraft ausführbar.

Starke Druckempfindlichkeit des linken N. cruralis und obturatorius. Hypästhesie an der Innenseite des linken Oberschenkels. Linker Patellarreflex fehlt. Die Vorderseite des linken Oberschenkels fühlt sich kühler an als rechts.

Electrisch quantitative Herabsetzung der directen und indirecten galvanischen und faradischen Erregbarkeit in den betroffenen Muskelgruppen, dabei erfolgt die Zuckung weniger prompt als in den entsprechenden gesunden Muskeln, keine Umkehr der Zuckungsformel. Weitgehende Besserung der Function und der Atrophien innerhalb weniger Wochen bei Bestehenbleiben des Verlustes des Kniephänomens.

Discussion.

Herr Remak: Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass auch hier wieder, wie es scheint, der Verlust des Kniephänomens die electrischen Erscheinungen im Muskel lange überdauert hat, eine Frage, mit der ich mich schon vor Jahren in einer Arbeit über das Verhältniss der Sehnenphänomene zur Entartungsreaction beschäftigt und die ich auch ausführlich in meiner Monographie über Neuritis und Polyneuritis behandelt habe, wo sich übrigens mehrere Fälle aus meiner Beobachtung von isolirter neuritischer Lähmung des Cruralis finden.

Discussion über den Vortrag der Herren Seiffer und Borchardt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herr Krause: Ich will mich in der Discussion auf meine eigenen Erfahrungen beschränken und werde diese wesentlich vom chirurgischen Standpunkt darlegen. Die klinische Seite zu betonen ist in dieser Versammlung gewiss nicht nöthig.

Ich habe im Ganzen sechs Kleinhirnoperationen ausgeführt, und wenn ich noch zwei Fälle hinzufüge, die nicht ganz dazu gehören, aber doch in der Technik analog sind: acht. Von diesen acht Kranken ist im Collaps im Anschluss an den operativen Eingriff glücklicher Weise keiner gestorben. Ich habe am fünften Tage eine Frau an Pneumonie verloren; die Section hat am Gehirn weder Blutung, noch Meningitis, noch sonst irgend welche Veränderungen ergeben. Eine zweite ist gestorben an fortschreitendem Hirndruck am sechsten Tage. Die erste Section ist in Altona vom Prosektor Dr. Hüter ausgeführt, die zweite hier vom Privatdocent Dr. Oestreich; auch diese hat keine örtlichen Veränderungen im Operationsgebiet ergeben. Die anderen sechs Patienten sind von der Operation genesen. In meinem Artikel „Hirnchirurgie" in v. Leyden's Deutscher Klinik, 1904, finden sich einige der folgenden Beobachtungen beschrieben.

Wenn ich nun auf die einzelnen Fälle eingehen darf, so werde ich an der Hand von Projectionen kurz sein können.

Sie haben von Herrn Collegen Borchardt gehört, dass Excellenz v. Bergmann sich auf dem Congress von Moskau im Jahre 1897 gegen die Freilegung des Kleinhirns ausgesprochen hat, die Technik wäre noch nicht reif; das war der allgemeine Standpunkt.

Meine erste Kleinhirnoperation habe ich in Altona am 25. Mai 1898 ausgeführt, im Wesentlichen mit derselben Technik, wie ich sie auch heute noch ausübe und wie sie Herr Borchardt in seinen letzten Fällen ausgeführt hat. Dieser erste Kranke wurde mir von dem Nervenarzt Herrn Dr. Böttiger in Hamburg zugewiesen. Es handelte sich um einen Knaben von 11 Jahren, bei dem er mit grosser Wahrscheinlichkeit einen Tumor des Kleinhirns im hinteren Theil der linken Hemisphäre annahm. Es bestand doppelseitige Stauungspapille, der Knabe war am Erblinden; er hatte keinen Lichtschein mehr. Ich legte zuerst die linke Hemisphäre frei und fand nichts. Nachdem die Wunde per primam geheilt war, legte ich nach drei Wochen, am 15. Juni 1898, die rechte Hemisphäre frei, fand aber auch hier keinen Tumor. Ich habe die beiden Kleinhirnhemisphären, da ich weder palpable noch sichtbare Veränderungen fand, in ähnlicher Weise, wie es die Anatomen auf dem Sectionstisch zu machen pflegen, incidirt, so dass ich die Arbor vitae auf 3 cm Tiefe übersehen konnte. Es geschah dies, um festzustellen, ob nicht in der Tiefe irgend ein Herd läge; ich halte dieses Verfahren für durchaus berechtigt und habe es in den späteren Jahren mehrmals angewandt, ohne davon Störungen zu sehen. Es schwebt mir da besonders ein Fall von Terrier vor, der auch von Excellenz v. Bergmann citirt worden ist. Terrier legte die linke Kleinhirnhemisphäre frei und fand keine Geschwulst; der Kranke starb vier Monate später; die Section ergab ein mandarinengrosses Tuberkelconglomerat unter der Rinde. Hätte Terrier damals die anatomische Spaltung der Kleinhirnhemisphäre vor-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

genommen, wie ich sie bei diesem Knaben auf jeder Seite ausgeführt habe, so hätte er den Tumor finden müssen und ihn exstirpiren können. Ich halte es für ausserordentlich wichtig, dass, wenn man nichts Pathologisches findet, nichts durch das Auge, nichts durch das Gefühl, man dann die Kleinhirnhemisphäre luxirt und anatomisch durchschneidet.

Ich zeige ihnen hier das Bild jenes Knaben, $1^1/_2$ Jahre nach vollendeter Wundheilung. Er wurde entlassen, besserte sich ausserordentlich, obschon es sich nur um eine sogenannte trépanation décompressive im Sinne von Horsley gehandelt hatte. Während er vorher absolut unfähig war, zu gehen und so gut wie blind war, konnte er in jener Zeit im Hause allein umhergehen und ging täglich an der Hand eines Begleiters spazieren; seine Sehschärfe stieg so, dass er Finger auf 20 cm zählen konnte. Die Stauungspapille war beiderseits geschwunden. Der Tod erfolgte Anfang Juli 1901. Bei der Section durch Dr. Hüter fand sich ausgesprochener Hydrocephalus internus.

Der zweite Fall ist von mir unmittelbar nachher am 14. Juli 1898 operirt worden. Es handelte sich hier nicht um einen Hirntumor, sondern um eine von den schweren Acusticusneurosen, die bei Taubheit auftreten. Der Hamburger Ohrenarzt Herr Dr. Engelmann brachte mir die Kranke mit der Anfrage, ob es möglich wäre, bei solchen subjectiven Geräuschen, die diese Tauben zur Verzweiflung bringen, den Acusticus in ähnlicher Weise zu durchtrennen, wie ich den Trigeminusstamm bei Trigeminusneuralgien entferne. Ich studirte die Frage an der Leiche und kam dann auf die Technik, wie ich sie bei dieser Frau anwandte. Es ist möglich, nach Freilegung und Eröffnung der Dura, indem man die Kleinhirnhemisphäre etwas medianwärts verschiebt, an die hintere Felsenbeinfläche und somit an den Acusticus heranzukommen (Demonstration an Projectionsbildern). Wenn man in sitzender Stellung den Kranken operirt, wie ich das damals gethan habe und auch jetzt noch ausführe, soweit nicht auftretender Collaps zwingt, die Patienten für einige Zeit flacher zu lagern, und dann dem Assistenten, der den Kopf von vorn hält, anweist, er möchte den Kopf zur Seite neigen, so fällt die freigelegte Kleinhirnhemisphäre zur anderen Seite hinüber, ohne dass man sie zu berühren braucht. Auf diese Weise wird schon die hintere Felsenbeinfläche so weit frei, dass man eine Vene, die vom Sinus petrosus superior in das Kleinhirn hinüberzieht, unterbinden und durchschneiden kann. Nun setze ich meinen Hirnspatel an, und es gelingt mit leichtestem Druck, den Acusticus und Facialis frei zu bekommen.

Ich möchte besonders betonen, dass man bei allen solchen Operationen zunächst das Kleinhirn nicht verletzen darf. Man soll die Pia und auch das ventrale Blatt der Arachnoidea schonen. Dann prolabirt die Kleinhirnmasse nicht, sie hat einen gewissen Halt. Man bekommt auch keine Blutung, das Terrain wird nicht unübersichtlich. Bei unverletzten weichen Hirnhäuten lässt sich die betreffende Kleinhirnhemisphäre mit dem Hirnspatel sowohl medianwärts verschieben, als nach oben heben, so dass man alle Theile der hinteren Schädelgrube gut übersehen kann. Bei jener Frau habe ich den Acusticus durchtrennt. Der Verlauf war zunächst gut, 3 Tage später trat eine Pneumonie

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein, der die Kranke 5 Tage nach der Operation erlag. Die Section hat ergeben, dass keine Meningitis und keine Blutung vorhanden war.

Bei der dritten Kranken, die im Augusta-Hospital 1900 operirt worden ist, waren alle Erscheinungen eines Kleinhirntumors vorhanden. Da die Seite nicht zu bestimmen war, wurden beide Hemisphären freigelegt. Am siebenten Tage starb die Kranke an wieder zunehmendem Hirndruck. Es handelte sich um eine hochgradige Kyphose der Schädelbasis, wie sie Virchow zuerst beschrieben hat (Demonstration). Dass eine derart vorspringende Schädelbasis den Raum in der hinteren Schädelgrube verkleinert und zu Hirndruckerscheinungen analog einem Kleinhirntumor führt, brauche ich Ihnen nicht auseinander zu setzen.

Dann habe ich weiter im Jahre 1902 ein Duralsarkom technisch genau in derselben Weise operirt. Da es sich um ein Sarkom handelte, musste ich die bedeckenden Weichtheile und den Knochen wegnehmen und habe dann den Defect durch die König'sche Knochenplastik verschlossen. Der Kranke ist genau hundert Tage nach der Operation geheilt entlassen worden. Er hat, da auch der rechte Occipitallappen hinten freigelegt werden musste, ohne dass dieser irgendwie verletzt wurde, durch die blosse Tamponade, die einige Tage nöthig war, eine typische Hemianopsie der linken Seite bekommen.

Nun kommen die beiden Fälle, die ich Herrn Geheimrat Ziehen verdanke. Der eine ist als Kleinhirntumor diagnosticirt, der andere als typisches Acusticusneurom. Sie sind beide geheilt. Bei beiden Kranken habe ich die Operation in gleicher Weise ausgeführt, den Hautknochenlappen heruntergeschlagen, die Dura als Lappen umschnitten und die betreffende Kleinhirnhemisphäre freigelegt. Dann kamen der Reihe nach Acusticus, Facialis, hintere Felsenbeinfläche, Glossopharyngeus, Vagus und Accessorius zu Gesicht. Im ersten Fall habe ich auch nach der anatomischen Spaltung keinen Tumor gefunden und wieder zunähen müssen. Die Wunde ist geheilt, und die Kranke hatte eine gewisse Erleichterung. Es handelte sich also auch um eine trépanation décompressive. Patientin ist im Juni operirt und Ende November gestorben; die Section hat auch hier einen Hydrops namentlich des vierten Ventrikels ergeben (Demonstration der Diapositive).

Die andere Kranke, Frau Rapp, hat Herr Seiffer Ihnen vorgestellt. Es handelte sich bei der 44 jährigen Frau um ein typisches Acusticusneurom (Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels nach Hennoberg und Koch). Die Operation führte ich Anfang Juni 1905 aus. An diesem Bilde sehen Sie den Tumor in der Tiefe liegen. Die Tiefenverhältnisse können Sie richtiger an den stereoskopischen Aufnahmen beurtheilen, das hat der Maler nicht genau getroffen. Der Tumor war daumengliedgross. Die Kranke ist aus dem Hospital geheilt entlassen worden. Herr Geheimrath Ziehen hat den Entlassungsstatus in der vorigen Woche aufgenommen und fand sich über den Rückgang aller krankhaften Symptome, wie ich gehört habe, sehr befriedigt.

Der Tumor hat eine Grösse von 18 mm Breite und 25 mm Länge, er ist also ungefähr wie ein Daumenglied; es handelte sich um ein abgekapseltes Fibrosarkom.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Endlich habe ich noch zwei Fälle operirt, die technisch hierher gehören, obwohl die Operation nicht intradural, sondern extradural erfolgte. Den einen Kranken habe ich in der Freien Vereinigung der Chirurgen im November 1902 geheilt vorgestellt. Es handelte sich um einen von dem inneren Ohre ausgehenden Abscess bei einem 9jährigen Knaben. Trotzdem College Jansen radical operirt hatte, gingen die Erscheinungen weiter. Es trat eine schwere Trigeminusneuralgie ein, dazu Abducenslähmung, hohes Fieber, Schüttelfrost, und ich sah mich veranlasst, die hintere Felsenbeinfläche, wo wir den Eiterherd suchen mussten, freizulegen. Der Eiterherd sass an der hinteren Felsenbeinfläche bis zum Foramen jugulare herab, bis zum N. abducens medianwärts, bis zu einer Tiefe von 7,8 cm von der Oberfläche. Der Knabe ist in langer Nachbehandlung geheilt und jetzt seit $3^1/_2$ Jahren gesund. Die Knochenlücke hat sich wesentlich verkleinert, so dass gar keine Störungen vorhanden sind.

Dann habe ich im Juli dieses Jahres genau dieselbe Operation bei einem 32jährigen Mann ebenfalls mit Erfolg ausgeführt.

Das wären im Ganzen acht Fälle, die beiden letzten als Anmerkung nur wegen der technischen Identität. Ich halte es für ein besonderes Glück, dass ich keinen der Operirten im Collaps oder an Blutung verloren habe.

Herr Oppenheim: M. H.! Das zur Discussion gestellte Thema ist so umfassend, dass es zu mannigfachen Bemerkungen Anlass geben könnte. Ich will mich aber auf die wichtigsten beschränken, nämlich auf die, zu denen ich direct vom Collegen Borchardt auf Grund unseres gemeinschaftlich beobachteten Materials aufgefordert bin, und auf einige Betrachtungen, welche durch das interessante Referat des Herrn Collegen Seiffer angeregt wurden.

Wenn ich zunächst das letztere ins Auge fasse, so erinnern Sie sich wohl alle, dass Herr Seiffer ganz besonders Bezug nahm auf eine Arbeit der englischen Autoren Steward und Holmes, und es ist zuzugeben, dass diese Abhandlung durch die Reichhaltigkeit des Beobachtungsmaterials und ganz besonders durch die Mittheilung der überaus glänzenden Heilresultate Horsley's — diese Thatsache ist hier nicht genügend zur Geltung gekommen — einen hervorragenden Platz einnimmt. Aber die Lehren und Schlussfolgerungen, zu denen diese Autoren auf Grund ihrer Beobachtungen gekommen sind, sind doch nicht durchweg so einwandfrei und so sicher, dass sie ohne weiteres als Fundament für die Diagnostik verwendet werden können, und auf der anderen Seite ist es mir aufgefallen, dass Herr Seiffer bei der so sorgfältigen Zusammenstellung aller dieser zum Theil doch noch unsicheren Merkmale manches unberührt gelassen hat, was gerade aus unserer Mitte zu dieser Frage beigetragen worden ist.

Gehen wir zunächst auf einige Lehren ein, die von Steward und Holmes aufgestellt worden sind und von Herrn Seiffer hier referirt wurden. Es ist zunächst die Lehre von der Gesetzmässigkeit des Schwankens nach einer bestimmten Seite bei den Tumoren des Cerebellum. Die englischen Forscher haben sich freilich dabei vorwiegend auf die Erfahrungen gestützt, die sie bei ihren operativ behandelten Fällen im Anschluss an die Operation gemacht haben. Aber sie sind doch der Meinung, dass die hier festgestellten That-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sachen auch im Wesentlichen für die Diagnostik der Neubildungen Gültigkeit haben und sind geneigt, die für sie seltenen Ausnahmen von dieser Regel aus einer Art von Uebercorrectur zu erklären. Ich habe mich nun schon wiederholt gegen diese Auffassung ausgesprochen und kann auch heute wieder auf Grund meines inzwischen sehr gross gewordenen Beobachtungsmaterials erklären, dass das Schwanken bei den Geschwülsten des Cerebellum in Bezug auf die Richtung überhaupt keine Gesetzmässigkeit zeigt. Wenigstens gilt das für die grosse Mehrzahl der Fälle. Es giebt einen kleineren Theil, in dem die Abweichung andauernd nach einer bestimmten Richtung erfolgt, und es ist zuzugeben, dass es dann meistens nach der Seite des Krankheitsprocesses hin stattfindet. Aber auch das ist keine absolut feststehende Regel. Die Ausnahmen sind nicht gering, und es fehlt uns bislang jedwedes Mittel, um zu entscheiden, ob und inwieweit eine derartige Divergenz auf eine Compensationsbestrebung des Patienten zurückzuführen ist. Ich kann also nur davor warnen, in dem Schwanken nach einer bestimmten Richtung ein sicheres Kriterium für den Sitz der Neubildung im Cerebellum anzunehmen.

Was weiter die Angaben jener Autoren über die Richtung und Art des Schwindels anlangt, so mögen sie im Wesentlichen zutreffend sein. Ich habe mich aber bisher vergebens bemüht, von meinen Patienten irgend welche Schilderungen zu erhalten, die in diesem Sinne gedeutet werden können. Ich will damit nicht ausschliessen, dass weitere Forschung auf diesem Gebiete doch noch zu bestimmten Resultaten führt, die vielleicht das bestätigen, was von jenen Forschern als Gesetz hingestellt worden ist.

Auf das Bestimmteste muss ich mich nun gegen die Lehre von der homolateralen Parese bei Kleinhirngeschwülsten aussprechen. Es ist immer wieder das Bestreben, die Klinik in die Zwangsjacke der experimentellen Physiologie und Pathologie hineinzustecken, welches zu derartigen Irrlehren führt. Auch Steward und Holmes haben ihre Schlussfolgerungen ganz vorwiegend aus denjenigen Beobachtungen gezogen, in denen acute Eingriffe, Operationen am Kleinhirn vorgenommen worden waren. Aber es ist durchaus nicht berechtigt, die auf diesem Wege festgestellten Thatsachen ohne Weiteres für die Diagnostik der Neubildungen zu verwerthen. So sehr ich mich bemüht habe, eine homolaterale Parese im Sinne der Autoren bei Kleinhirntumoren und chronischen Kleinhirnaffectionen zu constatiren — ich bin immer zu negativen Ergebnissen gelangt. Wo ich eine ausgesprochene Parese fand, konnte ich sie auf die Pyramidenläsion, auf eine directe oder indirecte Beeinträchtigung dieser Bahnen zurückführen, und es waren dann meistens auch die Kriterien der Pyramidenerkrankung festzustellen. Aber wir dürfen dabei doch eins nicht vergessen. Auch da, wo wir diese Zeichen der Pyramidenbahnläsionen nicht finden können — ich meine das Babinski'sche Zeichen u. s. w. —, bleibt es doch immerhin in Erwägung zu ziehen, dass die drucksteigernden Processe im Kleinhirn, also die Neubildungen, ihren schädigenden Einfluss auch auf Bahnen ausüben, deren Läsion vielleicht compensirend auf die durch die Pyramidencompression bedingten Erscheinungen wirkt.

So bestimmt ich also diese homolaterale Parese ablehne, ebenso bestimmt

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

möchte ich dafür eintreten und habe das auch schon an anderer Stelle und vor Jahren gethan, dass die Affectionen des Kleinhirns und besonders des unteren Kleinhirnstieles im Stande sind, eine homolaterale Hemiataxie hervorzurufen und dass diese Hemiataxie durch ihren rein motorischen Charakter auch ganz besonders scharf gekennzeichnet ist und sich deutlich unterscheidet sowohl von der tabischen wie von der parietalen und capsulären Hemiataxie. Einige Male ist es mir auch dabei geglückt, das von Babinski unter diesen Verhältnissen beobachtete Symptom der Diadokokinesis festzustellen, aber doch nur ausnahmsweise, und ich halte die Erscheinung für eine keineswegs constante und pathognomonische, und ich glaube auch, dass Herr Seiffer sich wohl in diesem Sinne ausgesprochen hat.

Gegenüber diesen zum grossen Theil doch wohl noch unsicheren Merkmalen giebt es nun eine Anzahl, die um so besser fundirt sind. Wie wäre es sonst möglich, dass wir in unseren zahlreichen Beobachtungen doch so gut wie immer zu einer sicheren und exacten Diagnose gelangt sind. Herr Seiffer war vollkommen berechtigt, dasjenige, was bekannt ist und seit lange feststeht, von seiner Besprechung auszuschliessen und in seinem Referat mehr auf die neueren Erfahrungen Rücksicht zu nehmen. Aber es giebt doch auch da noch manches, das bis in die jüngste Zeit um seine Anerkennung zu kämpfen hatte und selbst in der citirten Abhandlung der englischen Autoren noch keine Berücksichtigung gefunden hat. Ich habe da besonders die unilaterale Areflexie der Cornea als isolirtes Symptom der Trigeminuserkrankung im Auge. So wohlbekannt dieses Symptom als eine Theilerscheinuag der Trigeminusanästhesie war, so ist sein grosser diagnostischer Werth als isolirtes Zeichen, als Vorbote der Trigeminusanästhesie doch erst durch meine Mittheilungen klargestellt worden, und wie bedeutungsvoll dieses Symptom ist, geht auch aus der Thatsache hervor, dass in allen den von Herrn Borchardt hier demonstrirten und besprochenen Fällen diese Erscheinung zu den Frühsymptomen, ja einige Male zu den allerersten Zeichen gehört hat. Die isolirte unilaterale Areflexie der Cornea vereinigt sich mit der Blicklähmung, mit dem Nystagmus und den Symptomen der Acusticuserkrankung zu einer Symptomentrias, die als die constanteste und zuverlässigste der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren hingestellt werden muss (wenn sie auch keineswegs in allen Fällen vorhanden ist).

Auf andere eigene Beiträge zu der Frage möchte ich hier wegen der vorgerückten Zeit nicht eingehen, mich aber noch mit einigen Worten der Kehrseite, den diagnostischen Schwierigkeiten zuwenden. So gross die Fortschritte auf diesem Gebiete sind — und sie werden ja von allen Seiten anerkannt und betont —, so giebt es doch auch hier Strudel und Klippen genug, auch für den geschickteren Schiffer. Da ist zunächst die Meningitis serosa, und es war ja ganz interessant, dass auch Herr Krause heute wieder einige Beobachtungen angeführt hatte, welche uns zeigen, wie leicht sie zu diagnostischen Irrthümern auf diesem Gebiete führt. Ich habe gerade vor Kurzem in einer Abhandlung gezeigt, dass die chronische Meningitis serosa durchaus im Stande ist, bis in die Details die Symptomatologie des Kleinhirn- und speciell

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Kleinhirnbrückenwinkeltumors vorzutäuschen. Ich will deshalb auf diese Frage nicht näher eingehen, sondern nur betonen, dass auch diese Affection in der umfassenden Arbeit von Steward und Holmes keine Berücksichtigung gefunden hat.

Gestatten Sie mir heute, einige weitere Schwierigkeiten hervorzuheben. Die eine ist die Beurtheilung der Gehörsstörungen bei den Tumoren der hinteren Schädelgrube, besonders bei den Acusticustumoren. Ich habe mich in meinen Fällen so gut wie niemals auf das eigene Urtheil in dieser Hinsicht verlassen, sondern habe immer einen Otologen zu Rathe gezogen, und da ist es doch sehr bemerkenswerth, dass ich so gut wie nie die einfache bündige Erklärung: hier liegt ein nervöses Ohrenleiden vor, erhalten habe. Ich erhielt gewöhnlich die Auskunft: hier ist ein chronischer Mittelohrkatarrh, eine Erkrankung des Schalleitungsapparates vorhanden. Allerdings wurde von den sehr sachkundigen Herren häufig hinzugefügt: der Grad der Schwerhörigkeit ist aus diesem Befunde allein nicht oder nicht sicher zu erklären. Die Auskunft war häufig eine schwankende und unbestimmte. Nun hat es sich in der That in einem Theile unserer Fälle um Complicationen gehandelt. So heisst es z. B. in einem der Fälle, in welchen Herr Borchardt die Geschwulst exstirpirt und auch das Präparat Ihnen vorgelegt hat: Patientin leidet seit Kindheit an Ohrenfluss, Schwerhörigkeit, es musste vor einigen Jahren eine doppelseitige Radicaloperation am Felsenbein ausgeführt werden. Also mit diesen Narben, mit diesen Zeichen der Trepanatio mastoidea kam Patientin zu uns, und Sie können sich vorstellen, wie schwierig es unter solchen Verhältnissen ist, zu erkennen, ob nebenbei nun noch ein nervöses Ohrenleiden vorliegt, und bei der Bedeutung gerade der Acusticussymptome für die Diagnose dieser Geschwülste ist das ein grosser Missstand. Ein zweiter Fall war mir ganz im Anfangsstadium von einem Augenarzt zugewiesen; es war der Patient, den Herr Borchardt Ihnen vorgeführt hat, bei dem er ebenfalls operirt hat, aber den Tumor nicht total entfernen konnte, der Kranke lebt. Dieser Patient wurde mir im Jahre 1903 überwiesen wegen einer Abducenslähmung mit der Angabe: es besteht ausserdem eine Schwerhörigkeit, der Ohrenarzt Dr. H. führt diese auf einen chronischen Mittelohrkatarrh zurück, meint aber doch, dass noch etwas weiteres dahinter stecke. Und ähnlich waren die Auskünfte in der Mehrzahl meiner Beobachtungen.

Nun wäre es ja ein grosses Glück, wenn die neueren Fortschritte auf dem Gebiete dieser Diagnostik uns in den Stand setzen würden, ein nervöses Ohrenleiden von einer Erkrankung des Schallleitungsapparates mit Bestimmtheit zu unterscheiden. Es ist möglich, dass die Prüfung mit der Bezold'schen Tonreihe, für die vor Kurzem namentlich auch Herr Ziehen sehr bestimmt und lebhaft eingetreten ist, uns zu diesem Ergebniss führt. Einstweilen scheinen mir die Schwierigkeiten noch recht bedeutend zu sein.

Ein zweites Moment, auf das ich noch in Kürze eingehen möchte, ist die Schwierigkeit in der Bestimmung der Seite, selbst bei den Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Ich will das durch einen Fall demonstriren, dessen Präparat ich Ihnen gleich herumzeigen will. Eine etwa 28- bis 30jährige Dame

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurde mir im Mai d. J. überwiesen, weil sich bei ihr Erblindung eingestellt hatte, Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Unsicherheit des Ganges u. s. w. Ihre Hauptklagen waren zu der Zeit, als sie sich mir vorstellte, ein heftiger linksseitiger Stirnkopfschmerz, ferner Parästhesien in der linken Gesichtshälfte und ein linksseitiges Ohrensausen. Da ich nun eine doppelseitige Stauungspapille fand, eine cerebellare Ataxie constatirte, so hätte es sehr nahe gelegen, ein linksseitiges Acusticusneurom zu diagnosticiren. Nun fand ich aber bei der weiteren Untersuchung auf dem rechten Ohr eine beträchtliche Schwerhörigkeit und konnte anamnestisch noch ermitteln, dass sich bei der Patientin das Leiden mit dieser rechtsseitigen Ertaubung eingeleitet hatte, dass ferner ursprünglich der Kopfschmerz die rechte Kopfseite vorwiegend betroffen hatte. So kam ich denn auf Grund dieser Thatsachen zu folgender Fixirung der Diagnose: entweder liegt hier ein doppelseitiges Acusticusneurom vor oder eine doppelseitige Geschwulst am Kleinhirnbrückenwinkel — ich wies dabei auf eine Abbildung von Kollegen Henneberg hin, die ich auch in mein Buch aufgenommen habe, welche uns ein derartiges nicht zu seltenes Vorkommniss veranschaulicht — oder es muss ein von rechts her ausgehender Tumor so comprimirend gewirkt haben, dass auch die linksseitigen Gebilde mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen sind. Ich empfahl also naturgemäss, die Operation auf der rechten Seite vorzunehmen. Herr Borchardt hat Ende Juli diese Operation ausgeführt, und ich hoffe, dass Sie es auf die Entfernung schon sehen werden — ich werde das Präparat aber herumreichen: es ist ein ausserordentlich grosser Tumor, der nur partiell exstirpirt werden konnte, der von der rechten Seite ausging, aber Brücke und verlängertes Mark so stark comprimirt hat, dass auch die linksseitigen Hirnnerven, vor allem der Trigeminus, eine beträchtliche Compression erlitten hatten.

Aehnliche Erfahrungen habe ich in mehreren Fällen dieser Art gemacht, dass nämlich ein grosser Theil der Erscheinungen auf die eine Seite hinwies, während doch wieder andere vorlagen, die mehr zu der Annahme eines contralateralen Sitzes drängten, und wenn ich in dieser Beziehung nun auch meistens oder, soweit ich mich erinnere, immer schliesslich doch zu richtigen Resultaten gelangt bin, so bin ich überzeugt, es werden uns künftig noch Fälle begegnen, in denen wir über diesen Punkt überhaupt nicht zur vollen Klarheit gelangen werden.

Nun, dieselbe Schwierigkeit macht sich aber noch in einer anderen Hinsicht geltend oder es giebt noch eine andere Schwierigkeit, das ist die Bestimmung, ob eine solche Neubildung extrapontin bezw. extramedullär oder intrapontin bezw. intracerebellär gelegen ist. Gerade über diese Schwierigkeit haben wir ja in einer der vorigen Sitzungen discutirt, und es wurde das pro und contra hinreichend erwogen. Nun drängt mich eine Erfahrung, die sich gerade in jüngster Zeit gemacht habe, doch dazu, auf diesen Punkt noch mit einem Wort einzugehen. Gewiss, wenn wir unsere Patienten von vornherein, vom Beginn ihres Leidens ab unter Augen hätten und die ganze Entwicklung ab ovo verfolgen könnten, dann würden wir in dieser Hinsicht zu sicheren Resultaten gelangen. So ist es aber doch nicht. Der Kranke kommt meist erst in

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einem späteren Stadium des Leidens zu uns, eine klare, exacte Anamnese ist oft nicht zu erhalten, und dann können diese Schwierigkeiten ganz unüberwindliche sein. Ein sehr werthvolles, von mir selbst hervorgehobenes Moment ist ja das, dass die intrapontinen Geschwülste meistens keine Stauungspapille bedingen. Es ist das ein Factor, der sie von den Kleinhirnbrückenwinkeltumoren einigermaassen und von den Kleinhirntumoren wohl noch sicherer unterscheiden lässt. Aber auch diese Thatsache ändert sich sofort, wenn der im Pons sitzende Tumor nach dem vierten Ventrikel hin vordringt und sich mit Hydrocephalus verknüpft. Gerade das haben wir vor Kurzem in einem Falle erlebt, der auch von Herrn Borchardt operirt worden ist, in dem ich mich allerdings nicht bestimmt aussprach, sondern es nur für sehr wahrscheinlich erklärte, dass ein Tumor in der hinteren Schädelgrube vorliege, aber in erster Linie an einen extrapontinen, an einen Kleinhirnbrückenwinkeltumor dachte. Der Tumor wurde bei der Operation nicht gefunden, der Patient ging zu Grunde, und es zeigte sich, dass die Neubildung in der Medulla oblongata und im Pons sass; sie war aber so nach dem Boden des vierten Ventrikels vorgedrungen, dass sich ein starker Hydrocephalus damit verbunden hatte, und in diesem Falle hatte eine Stauungspapille vorgelegen, die zu einer Atrophie des Opticus bereits geführt hatte.

Unter solchen Verhältnissen kann es also unmöglich sein, eine bestimmte Unterscheidung zu treffen.

Ich will mich auf die Anführung dieser Thatsachen beschränken, um wenigstens so viel zu zeigen, dass wir trotz aller bedeutenden Fortschritte doch von dem erstrebenswerthen Ziele einer absolut sicheren und exacten Differentialdiagnose auch auf diesem Gebiete noch entfernt sind.

Herr Völsch: Ich habe im Laufe des Jahres Gelegenheit gehabt, einen der Ihnen von Herrn Prof. Borchardt vorgestellten Fälle längere Zeit in der Poliklinik des Herrn Geheimraths Bernhardt zu beobachten. Es handelt sich um den Fall, welcher Ihnen vorgeführt wurde nach der Operation, wie ich glaube, um denselben Fall, auf welchen Herr Prof. Oppenheim eben Bezug genommen hat. Ich möchte mir erlauben, mit Zustimmung des Herrn Geheimraths Bernhardt ganz in Kürze auf diesen Fall einzugehen und die Beobachtungen, die dort gemacht worden sind, wiederzugeben.

Die Krankheit des Patienten datirt seit dem Jahre 1900. Es bestand eine Schwerhörigkeit, von der es zweifelhaft sein konnte, ob sie lediglich nervöser Natur war. Späterhin ist von dem Ohrenarzt die nervöse Natur des Leidens, ich glaube, zweifellos anerkannt worden. Erst sehr viel später hat Ohrensausen hinzugesellt, im Jahre 1903, zuerst nur mit den gleich zu erwähnenden Schwindelanfällen verbunden, dann auch selbstständig. Seit 1902 litt Patient an Doppelsehen. Im Herbst 1902 stellten sich dann Schwindelanfälle ein, Taumeln nach rechts mit starkem Schwindelgefühl ohne Scheinbewegungen der Gegenstände. Das Taumeln war so stark, dass Patient oft dabei hinstürzte. Es dauerte nur wenige Secunden. Nie ist er dabei bewusstlos geworden. Ausdrücklich sonderte der sehr intelligente und sich scharf beobachtende Patient von diesen Anfällen andere, die er als Ohnmachtsanfälle

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bezeichnete, die in letzter Zeit aufgetreten sind und bei denen er das Bewusstsein einige Male verloren hat. Kopfschmerz ist erst in den letzen Monaten aufgetreten.

Er klagte dann weiter über Abnahme der Sehkraft, Reizerscheinungen auf den Augen, zeitweises Auftreten von Amblyopien. Er hatte ferner Parästhesien in der rechten Gesichtshälfte, Zuckungen im rechten Facialisgebiet. Er klagte über eine Unsicherheit im Gehen, die sich erst neuerdings eingestellt habe, und er führt dann ganz spontan an, dass er bisweilen, einmal in Bewegung, z. B. beim Gehen, nicht plötzlich anhalten könne, dass vielmehr beim Versuch dazu der Oberkörper eine weitere unwillkürliche Vorwärtsbewegung ausführte. Auch bemerkte er eine leichte Schwäche im rechten Arm und Bein. Der Befund im Herbst d. J. war ein einigermaassen eindeutiger. Es bestand beiderseits Stauungspapille mit mässig herabgesetzter Sehschärfe, eine mässige Gesichtsfeldeinschränkung im rechten Gesichtsfeld. Die inneren Augenmuskeln frei. Beim Blick nach rechts und beim Blick nach aussen oben folgte das rechte Auge nicht vollkommen. Beim Blick nach oben weicht es ein wenig nach innen ab. Beim Blick nach rechts tritt beiderseitig ein horizontaler grobschlägiger, unregelmässiger Nystagmus auf, der durchaus den Eindruck eines Lähmungsnystagmus macht. Es tritt immer ein Zurückweichen des Auges nach der mittleren Linie und ein ruckweises Vorschieben nach der rechten Seite ein. Beim Blick nach links tritt zunächst ein Zustand ein, den ich als Vibration des Augapfels bezeichnen möchte. Es schliessen sich daran ebenfalls nystagmusartige Zuckungen, die aber etwas kleinschlägiger sind. Es bestehen Doppelbilder. Ich will auf dieselben nicht weiter eingehen. Im Gebiet des Quintus findet sich Hypästhesie und ausgesprochene Areflexie der Cornea rechts, im Gebiete des Facialis eine leichte Parese und Contractur. Das Gehör ist sehr stark auf der rechten Seite herabgesetzt. Es war mir leider nicht möglich, zunächst aus äusseren Gründen und dann, weil sich der Zustand des Patienten rapid verschlechterte, die obere und untere Tongrenze genau festzustellen. Das ist sicher, dass die untere Tongrenze wesentlich herabgesetzt war. Das C der kleinen Octave hörte er nicht, das eingestrichene A hörte er.

Was dann die Functionen betrifft, die auf den Vestibularis zu beziehen sind, so ist das Stehen bei offenen und geschlossenen Augen mit oder ohne Gleichgewichtsveränderungen gut. Er schwankt dabei nicht. Das Stehen auf einem Bein ist allerdings kaum möglich, rechts nicht und links kaum. Der Gang ist unsicher, er taumelt dabei. Ein Taumeln oder Schwanken nach einer bestimmten Richtung hin ist nicht mit Sicherheit zn constatiren, und ebenso ist die Richtungsabweichung nicht constant. Die Sprache war etwas verändert. In der rechten Extremität bestand vielleicht eine ganz leichte Parese. Mit absoluter Sicherheit liess sich das nicht beweisen. Dagegen waren zweifellos leichte ataktische Störungen da. Die Bewegungen der Finger und Zehen fielen ausserordentlich viel ungeschickter auf der rechten als auf der linken Seite aus, ebenso bestand Schwanken des erhobenen rechten Beines. Beim Fingerzehenversuch und Kniehackenversuch Andeutung von Ataxie. Ausserdem bestand rechts eine Andeutung von Hypotonie. Die Reflexe waren auf der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rechten Seite ein wenig lebhafter als auf der linken. Im Uebrigen kein Befund, namentlich keine Störungen der Sensibilität und der Psyche.

Ich glaube, wie sich der Fall im Laufe der Zeit herausgebildet hat, drängte er zu der Diagnose eines Tumors im Kleinhirnbrückenwinkel. Ich möchte nur hervorheben, dass vielleicht etwas auffallend ist das Fehlen jeglichen Erbrechens. Der Mann hat niemals erbrochen. Vielleicht fällt auch das sehr späte Auftreten der Kopfschmerzen auf. Jahrelang hat er das Leiden gehabt, ohne Kopfschmerzen zu haben.

Die Operation, über die Herr Borchardt berichtet hat, hat dann die Existenz eines Tumors an der gesuchten Stelle nachgewiesen. Die Verhältnisse lagen aber derart, dass Herr Borchardt nicht glaubte, zur Exstirpation des Tumors schreiten zu können. Es wurden nur Theile entfernt. Die Untersuchung, die, soviel ich weiss, noch nicht vollständig beendet ist, hat immerhin ergeben, dass es sich um ein Gliom handelt.

Meine Herren! Ich habe dann weiter Gelegenheit gehabt, diesen Patienten später mehrfach zu sehen, und kann nur bestätigen, was Herr Borchardt Ihnen schon sagte, dass nach einer Richtung hin das Befinden des Patienten sich zweifellos verschlechtert hat. Er ist unzweifelhaft ataktischer geworden, sowohl die statische als die Bewegungsataxie haben zweifellos zugenommen, das Gehen ist erschwert, auch die Sprache ist zweifellos stärker verändert. Man wird diese Verstärkung der Ataxie zwanglos auf die von Herrn Borchardt erwähnte Entfernung von Kleinhirntheilen zurückführen dürfen. Unzweifelhaft ist ferner die rechtsseitige Parese stärker geworden, ohne dass eine entsprechende Steigerung der Sehnenphänomene nachzuweisen wäre. Dagegen ist die Stauungspapille, wenigstens auf der linken Seite, wesentlich zurückgegangen, während auf der rechten Seite allerdings sich viel markanter als früher eine Atrophie zeigt. Seine subjectiven Beschwerden, Kopfschmerz, Schwindelanfälle, Ohnmachten, Ohrensausen, ist Patient vollständig los geworden. Es kann das vielleicht bei einigen dieser Beschwerden auffällig erscheinen, am auffälligsten vielleicht mit Rücksicht auf die Schwindelanfälle. Ich möchte diese Schwindelanfälle, die mit starkem Taumeln regelmässig nach der rechten Seite verbunden waren, den Anfällen zurechnen, welche Ziehen neuerdings als Vestibularisanfälle bezeichnet hat, obwohl ich für den vorliegenden Fall nicht in der Lage bin, alle die Kriterien nachzuweisen, welche er aufgestellt hat. Ich glaube, dass die Thatsache, dass die Schwindelanfälle total sistiren, Schwindelanfälle, die früher sehr häufig gewesen sind, lediglich in Folge der Decompression und ohne Entfernung des Tumors bis zu einem gewissen Grade Licht auf die Entstehungsursache der Anfälle wirft. Wenn daraus auch nicht geschlossen werden kann, dass diese Anfälle ihre einzige und wichtigste Ursache in dem gesteigerten Hirndruck haben, wenn auch die Deutungen, die Herr Ziehen für die Anfälle gegeben hat, zu Recht bestehen bleiben mögen, so, meine ich doch, lässt diese Beobachtung darauf schliessen, dass für das Zustandekommen dieser typischen Schwindelanfälle neben Anderem auch der Hirndruck von wesentlicher Bedeutung ist.

Herr Bernhardt: Meine Herren! Ich will nur ganz kurz eins hervor-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heben. Es ist mir bei diesem von Herrn Völsch aus meiner Poliklinik mitgetheilten Fall noch eine hier nicht erwähnte Thatsache aufgefallen. Der Patient hat nämlich neben den eigenthümlichen Parästhesien im Gesicht und der erheblich herabgesetzten Empfindlichkeit der rechten Cornea über ein eigenthümliches Gefühl von Brennen an der rechten Zungenhälfte geklagt, namentlich an den vorderen Theilen. Dies ist mir nun deswegen aufgefallen, resp. ich halte es für werth, es Ihnen mitzutheilen, da ich in dem ausgezeichneten Werk von Bruns über Hirngeschwülste (Berlin 1897, S. 139) die Bemerkung fand, dass er bei Kleinhirngeschwülsten an der Seite, wo der Tumor sass, lange Zeit als einziges Symptom die Klage über diese parästhetische Empfindung und Schmerzen an der betreffenden Zungenhälfte hatte allein bestehen sehen. Er dachte dabei an die von mir vor Jahren (Neurol. Centralbl., 1890, No. 13) beschriebene Neurose an der Zunge resp. in der Mundhöhle, was ich hier nicht weiter ausführen will.

Da nun das erwähnte Symptom auch in einer neuesten Arbeit des Herrn Geheimraths Ziehen (Tumoren der Acusticusregion, Med. Klinik, 1905, No. 34 u. 35) ebenfalls als bei einer Patientin mit Tumor in der Acusticusaustrittsregion hervorgehoben worden ist (eigenthümliches Gefühl von Verbranntsein der betreffenden Zungenhälfte), so glaubte ich, meine Herren, Sie darauf aufmerksam machen zu müssen. Die Möglichkeit, dass dieses Symptom, neben anderen natürlich, auch vielleicht als ein frühdiagnostisches Merkmal pathologischer Zustände im Kleinhirnbrückenwinkel benutzt werden könnte, liegt ja immerhin vor, wenn weitere Fälle Bestätigung bringen.

Zum Schluss möchte ich Herrn Collegen Oppenheim noch fragen, ob ihm auch heute, wie noch vor einigen Jahren, Operationen von Geschwülsten des Kleinhirns oder des Kleinhirnbrückenwinkels aussichtslos erscheinen.

Herr Ziehen: Ich möchte mich gar nicht auf irgend welche specielle Fragen einlassen, sondern bloss einige allgemeine Bèmerkungen machen. Und da möchte ich zunächst mit Herrn Oppenheim erklären, dass die Arbeit der beiden englischen Autoren, wenn sie sich auch auf glänzendes Material stützt, auch nach meiner Meinung vielfach zu äusserst zweifelhaften Resultaten gelangt ist.

Wenn ich die Hauptsymptome kurz besprechen soll, die in Betracht kommen, so darf ich mich vielleicht zuerst zu den Vestibularstörungen wenden. Ich glaube bezüglich der Vestibularstörungen, dass gerade die Erörterungen der beiden englischen Autoren durchaus irreführend sind. Ich halte es nämlich nicht für zulässig, dass man die subjectiven Angaben der Patienten über Schwindel irgendwie für die Diagnose zum Maassstabe nimmt. Was würden Sie sagen, wenn wir die Sensibilität, z. B. die Berührungsempfindlichkeit, untersuchen und beurtheilen wollten nach den Angaben der Patienten über ihre Parästhesien? Das ist nicht nur ein Vergleich, sondern das wäre effectiv dasselbe, als wenn wir die subjectiven Angaben der Patienten bezüglich des Schwindels zur Grundlage für unsere Diagnose bezüglich der Vestibularfunctionen machen wollten. Wir müssen die Vestibularfunctionen wie jede andere Function untersuchen mit dem adäquaten Reiz. Wir können das

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

z. B. dadurch thun, dass wir beobachten, wie der Kranke sich beim Gehen verhält u. s. w. Aber eigentlich sind wir doch verpflichtet, es so zu machen, wie wir es bei den tactilen Empfindungen stets thun, das heisst, wir müssen den Patienten drehen, müssen den adäquaten Reiz anwenden, und deshalb möchte ich dringend empfehlen, auch da von der subjectiven Untersuchung, von den anamnestischen Angaben der Patienten zu der objectiven Untersuchung mit Hülfe des adäquaten Reizes überzugehen. Ich glaube, dass, wie das Perimeter und die Tonreihe von Bezold, so auch die Drehscheibe oder der Drehstuhl, wie Sie es nennen wollen, binnen Kurzem in irgend einer Weise zu dem nothwendigen diagnostischen Hülfsapparat des Neuropathologen gehören wird. Man braucht dazu keine complicirten Apparate. Man kann das schliesslich einfach mit Hülfe eines drehbaren Clavierstuhls machen, der sich etwas glatt dreht. Natürlich besser ist es, wenn man einen besonderen Drehstuhl hat, der garnicht so kostbar ist und dabei zu sehr schönen Resultaten führt.

Dabei möchte ich noch bemerken, dass ganz besonders bei diesen Drehversuchen nicht nur darauf zu achten ist, ob überhaupt eine Empfindung eintritt oder nicht, und ob die Richtung der Drehung richtig angegeben wird, sondern vor Allem möchte ich die Hauptaufmerksamkeit auch auf den Wannerschen Versuch lenken, den ich neulich bereits hier kurz erwähnt habe. Da haben wir ein ganz objectives Kriterium: nach welcher Seite tritt beim Blicken in bestimmter Richtung nach der Drehung Nystagmus ein? So werden wir von den subjectiven Angaben der Patienten unabhängig.

Ich bin weit davon entfernt, auf Grund der Befunde, die noch garnicht so lange zurückdatiren, hier bestimmte Regeln aufstellen zu wollen. Aber dass hier ein aussichtsvoller Weg gegeben ist, ist mir ganz zweifellos.

Dabei möchte ich persönlich darauf aufmerksam machen, dass die Vestibularprüfung, wenn man bloss den Gang zu Hülfe nimmt und absieht von der Untersuchung mittels des Drehstuhls, auch in etwas anderer Weise angestellt werden muss, als man das gewöhnlich thut — Redner demonstrirt die von ihm geübte Methode — ich weiss nicht, ob das allgemein durchgeführt ist. Ich habe mich überzeugt, dass das gewöhnliche Verfahren nicht zweckmässig ist, wenn Sie den Kranken blindlings gehen lassen, ohne ihm ein bestimmtes Ziel zu geben, dann ist es zu schwierig, namentlich kommt ein leichtes einseitiges Taumeln garnicht zur Geltung, sondern wir machen es so: Der Kranke stellt sich mir gegenüber hin, er muss mich am besten eine Zeit lang fixiren, dadurch muss ihm eine gewisse Hülfe gegeben werden. Das ist die Bedeutung dieser Modification des Versuches. Dann hat er die Augen zu schliessen und dann zu gehen. Ich bin überzeugt, dass, wenn man so vorgeht, die Einseitigkeit der Symptome viel schärfer hervortritt. Ich habe bestimmte Beweise, die darthun, dass das ein sehr zweckmässiges Verfahren ist. Ebenso möchte ich glauben, dass die Cochlearisuntersuchung in ganz erheblich höherem Maasse angewendet werden müsste, um in solchen Fällen, wo Kleinhirn und hintere Schädelgrube in Betracht kommen, die Localdiagnose zu stellen.

Auch wir lassen ganz regelmässig durch die Ohrenabtheilung der Charité unsere Befunde controliren. Wir haben aber nicht die Erfahrung gemacht, dass

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wir so oft zweifelhafte Antworten bekommen, sondern wir haben viel öfter als Herr Oppenheim positive Antworten bekommen, und ebenso kann ich auch nach meinen eigenen Erfahrungen sagen, dass man doch in der grossen Mehrzahl der Fälle zu positiven Resultaten gelangt. Allerdings darf man es nicht so thun, dass man nur die gewöhnliche Untersuchung, den Weber'schen und Rinne'schen Versuch vornimmt. Es hat sich ja ergeben, wie ausserordentlich irreführend speciell der Rinne'sche Versuch ist, wenn man nicht die Höhe der Stimmgabel berücksichtigt, sondern es müssen diejenigen Methoden angewendet werden, wie sie Bezold in seiner ausgezeichneten Arbeit angegeben hat. Ich habe mich sehr eingehend in diesen 3—4 Jahren mit den Bezold'schen Untersuchungen beschäftigt. Ich muss sagen, kein einziges Mal hat die Bezold'sche Methode zu falschen Resultaten geführt; wenn man sie überhaupt controliren konnte, hat sie im Wesentlichen gestimmt. Natürlich kann in Ausnahmefällen, wenn sehr schwere Complicationen von Seiten des Mittelohrs vorliegen, ein Irrthum passiren, aber das sind doch eben Ausnahmefälle. Meist lässt sich sondern: was hängt von dem rein nervösen Apparat und was vom Mittelohr ab. Ich glaube also, dass diese Cochlearisuntersuchungen das höchste Interesse verdienen, sie müssen nur genau nach den Bezold'schen Vorschriften vorgenommen werden. Wenn man den Rinne'schen Versuch und den Weber'schen Versuch zum Maassstabe machen wollte, würde man allerdings fortwährend zu Zweifeln und zu falschen Diagnosen kommen.

Was die homolaterale Lähmung anbelangt, so bin ich ganz der Meinung des Herrn Oppenheim. Auch ich bin überzeugt, dass diese homolaterale Lähmung nichts anderes ist als eine Fernwirkung auf die Pyramidenbahn. Die Argumentationen, die von Seiten der beiden englischen Autoren beigebracht worden sind, sind meines Erachtens durchaus unzureichend. Auf das entscheidende Moment hat Herr Oppenheim schon hingewiesen. Das entscheidende Moment ist eben das, dass in diesen Fällen nicht nur die Pyramidenbahn, sondern auch die Bahn des Muskelsinns und andere sensible Bahnen dem gleichen Druck ausgesetzt sind. Folglich können wir in solchen Fällen garnicht das typische Bild der Pyramidenbahnlähmung sehen, sondern das Bild muss Modificationen erleiden.

Was den Versuch anbelangt mit der Ellbogenbewegung und Antagonistenhemmung, so habe ich auch dagegen sehr grosse Bedenken. Auch wir haben gelegentlich gesehen, dass bei Kleinhirnerkrankungen die Antagonistenhemmung fehlt. Aber ebenso habe ich mich überzeugt, dass nicht selten, in vereinzelten Fällen auch bei ganz gewöhnlichen Kapselhemiplegien, Aehnliches vorkommt, und das scheint mir nicht auffällig. Wenn bei einer Kapselhemiparese der gewöhnliche Typus besteht, das heisst, die Strecker des Vorderarmes mehr betheiligt sind als die Beuger, dann muss ja eigentlich ein solches Verhalten zu Stande kommen. Es fehlt eben die Gelegenheit, die besonders gelähmten Strecker rechtzeitig zu innerviren und dadurch das Weiterschnellen zu hindern. Vor allen Dingen die Thatsache, dass ganz bestimmt in einzelnen Fällen bei Kapselhemiplegien das Symptom auch

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorkommt, sollte bei der Verwerthung dieses Symptoms ausserordentlich vorsichtig machen.

Was die Hemiataxie anlangt, so bin ich allerdings sehr viel geneigter, anzunehmen, dass wirklich das Kleinhirn mit ihr in Verbindung steht. Es ist leicht, Fälle zu demonstriren, wo gelegentlich bei einer einseitigen Kleinhirnerkrankung ganz deutlich diese Hemiataxie besteht. Indess, ob diese nun wirklich ein directes Herdsymptom des Kleinhirns ist, scheint mir immer noch nicht ausgemacht. Ich will die Frage durchaus nicht im umgekehrten Sinne beantworten, aber sie einfach schon als erledigt zu betrachten, scheint mir nicht zulässig. Es wäre auch da immer möglich, dass durch die Beeinträchtigung der Bahnen, welche die Erregungen des Muskelsinns leiten und einem pathologischen Druck ausgesetzt sind, die Störung zu Stande kommt.

Nun wird Herr Oppenheim wahrscheinlich mir antworten, dass dann in diesen Fällen auch eine Störung des Muskelgefühls habe bestehen müssen. Dazu will ich Folgendes bemerken: Unsere Untersuchungen des Muskelgefühls sind noch so ausserordentlich grob, dass ich nicht glaube, dass wir aus irgendwelchen Untersuchungen heute schon bestimmte Schlüsse ziehen können, und möchte ein anderes Untersuchungsverfahren sehr empfehlen, das wir jetzt in grossem Umfange hier in der Klinik durchführen. Das ist die Untersuchung des Muskelsinnes mit Hülfe der Müller'schen Gewichte. Das ist ein Verfahren, das ausserordentlich einfach ist, das gar keine Vorübung verlangt und sehr viel exactere Schlüsse erlaubt auf das Vorhandensein einer Muskelsinnstörung. Die kinästhetische Untersuchung mit Hülfe dieses Apparates ist exacter und dabei nicht viel complicirter, als die übliche Untersuchung mit passiven Bewegungen.

Was die Areflexie der Cornea anbelangt, so ist es zweifellos einerlei, wie man das Symptom zunächst erklären mag, dass diese Areflexie der Cornea in einer Reihe von Fällen von einseitiger Kleinhirnerkrankung gelegentlich früh auftritt; aber ebenso ist es nach meinen Beobachtungen mir unzweifelhaft, dass gelegentlich dieses Symptom fehlen kann, es kann zu den Spätsymptomen gehören, vielleicht kann es in vereinzelten Fällen auch ganz ausbleiben.

Was die Diadochokinese anlangt, so scheint mir die Sache etwas anders zu liegen. Ich habe das namentlich beim Spiel der Oppositionsbewegungen geprüft. Es ist dies eine Probe, die mir schon lange geläufig ist, und ich glaube mich überzeugt zu haben, dass dies Oppositionsspiel sehr oft in ganz merkwürdiger Weise leidet, auch da, wo eine grobe Abnahme der motorischen Kraft und auch eine Abnahme der Sensibilität nicht vorhanden ist. Ich glaube, dass das eine noch zweckmässigere Prüfung ist als die alternirenden Handbewegungen.

Das sind so einige Bemerkungen, die ich bei der Kürze der Zeit machen wollte. Im Ganzen muss ich sagen, dass unsere Diagnose noch ausserordentlich zweifelhaft ist. Man würde aus dem von Herrn Borchardt berechneten Procentsatz der Operationen und geglückten Diagnosen ein total falsches Bild bekommen. Es sind offenbar vorwiegend die günstigen Fälle, die publicirt worden sind. Wenn alle Fälle publicirt würden, würde das Bild ganz

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schauderhaft ausfallen, das ist gar kein Zweifel; dass es allmählich besser wird, ist ja ebenfalls sicher, aber trotzdem glaube ich, dass auch heute die diagnostischen Schwierigkeiten noch ungemein gross sind, und die Hauptschwierigkeit, wo noch immer die grössten Irrthümer vorkommen, liegt zweifellos in der Differentialdiagnose zwischen Kleinhirntumor oder Hydrocephalus internus. Ich glaube, dass auch da manche Fortschritte gemacht sind. Ich glaube, dass z. B. einige Vestibularsymptome etwas Charakteristisches haben. Die anfängliche Symmetrie der Vestibularstörungen scheint mir bedeutsam, auch glaube ich gefunden zu haben, dass der Eiweissgehalt der Lumbalflüssigkeit bei dem Hydrocephalus internus durchschnittlich etwas grösser ist als durchschnittlich bei den Kleinhirntumoren, aber das sind schwankende, unsichere Zeichen. Wir müssen also noch arbeiten, um unsere Diagnose besser zu sichern, und ich glaube, wir müssen noch viel arbeiten, um auch nur zehn Fälle zusammenzubringen, wo ein Kleinhirntumor oder Acusticustumor mit vollständigem Erfolge operirt worden ist.

Herr Förster: Meine Herren! Ich möchte kurz eingehen auf die Frage der Hirnbohrungen. Herr Borchardt hat die Hirnbohrungen in seinem Vortrage als ungeeignet erklärt. Ich habe auf diesem Gebiete einige Erfahrungen, weil kurz nach dem Erscheinen der Arbeit von Neisser von meinem früheren hochverehrten Chef, Prof. Wernicke in Halle, diese Bohrungen in umfangreichem Maasse sofort in der Klinik in Angriff genommen wurden. Die Fälle, die wir in Halle gesehen haben, wurden von Collegen Pfeifer gebohrt und von ihm zusammengestellt, und diese Arbeit wird demnächst erscheinen. Ich möchte hier Gelegenheit nehmen, auf diese Arbeit, die jedenfalls von grosser Bedeutung sein wird, aufmerksam zu machen, und möchte nicht vorgreifen. Ich will deswegen nur ganz kurz auf Fälle zurückkommen, die auf meiner Station, während Herr Dr. Pfeifer auf Urlaub war, zur Ausführung gekommen sind.

Es hat ja schon Herr Dr. Seiffer darauf aufmerksam gemacht, dass es nicht richtig wäre, bei der Hirnpunktion sich zu binden, wie das Herr Borchardt anscheinend gethan hat, an die Heilerfolge. Mit Punktionen einer Pravaz'schen Spritze kann man selbstverständlich keinen Heilerfolg erwarten. Herr Borchardt stützte sich aber, wenn ich mich nicht täusche, auf eine Arbeit, die aus der Weintraud'schen Klinik hervorgegangen ist. Da werden drei Fälle veröffentlicht, und es wird bemerkt, dass diese Punktionen keinen therapeutischen Erfolg gehabt haben. Das ist ganz selbstverständlich. Der Zweck der Punktion ist natürlich nicht ein Heilerfolg, sondern ein diagnostischer. Die Punktion wird in der Weise ausgeführt, dass man mit Chloräthyl anästhesirt und dann mit einem Bohrer, der die Form eines Plombenbohrers hat, eingeht. Der Bohrer muss eng genommen werden, damit das Loch nicht grösser wird, als gerade genügt, um die Spitze, die in Form einer grossen Pravaz'schen Spritze geformt ist, hindurchzulassen. Man führt die Spritze ein; es ist an dem Centimetermaass zu sehen, wieweit man kommt. Dann saugt man an. Man spritzt das aus auf ein Deckglas und betrachtet es unter dem Mikroskop und kann sofort erkennen nach einiger Uebung, ob das

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

normales Hirn ist oder Tumorgewebe. Man kann auch färben, aber es ist besser, bei frischem Präparat zu untersuchen.

Ich möchte noch über einen Fall berichten, der schon einmal veröffentlicht worden ist, weil es doch ganz interessant ist, ihn von einer anderen Seite her auch einmal zu hören. Das ist ein Fall, der in der Arbeit des Herrn Knapp über die Schläfentumoren erwähnt worden ist. Er sagt, der Fall sei mit seiner Diagnose auf die chirurgische Klinik geschickt worden, und seine Diagnose hätte er begründet auf die Erscheinungen, die auch die Tumoren in der vorderen Schädelgrube machen können, durch Druck auf die peripheren Nerven. Besonders auf die Ptosis hat Herr Knapp dabei grossen Werth gelegt. Er muss allerdings constatiren, dass die Herren Körner und Mc Ewen ihm diese Entdeckung schon „anticipirt" haben, wie er wörtlich in seiner Arbeit sagt. Er erwähnt nicht, dass Oppenheim in seinem Lehrbuch dieses auch schon anticipirt hat. Er erwähnt gleichfalls nicht, dass dieser Tumor nicht auf die Diagnose der Ptosis hin operirt worden ist, sondern deswegen, weil er eben mit der Methode von Neisser von Dr. Pfeifer punctirt worden ist. Es fanden sich diese diffusen Störungen, die natürlich den Verdacht auf einen Schläfenlappentumor rechtfertigten, der auch von Dr. Knapp, der den Fall schon im Anfang gesehen hat, vermuthungsweise ausgesprochen worden ist. Da aber diese Wirkung auf den peripheren Verlauf von Nerven auch bei Stirnhirntumoren und bei Scheitellappentumoren vorkommen kann und diese Patientin eine ganz circumscripte Klopfempfindlichkeit an dem rechten Parietallappen hatte, wurde von mir daran gedacht, dass der Tumor wahrscheinlich genau so gut im Parietallappen sitzen könne, und Dr. Pfeifer hat deshalb die Bohrung erst über dem rechten Parietallappen ausgeführt. Es wurde mikroskopisch dort nichts gefunden und es wurde nun erst in den rechten Schläfenlappen eingegangen, wo mikroskopisch ein Gliom festgestellt wurde. In der chirurgischen Klinik wurde an der Stelle, wo gebohrt war, der Schädel freigelegt und ein Gliom in der Tiefe gefunden.

Von einem zweiten Fall möchte ich erwähnen, der auf der Station von Dr. Riemann, als Geheimrath Wernicke noch lebte, für Hysterie gehalten wurde. Wir waren aber sehr zweifelhaft, ob es eine Hysterie sein würde, und waren nun sehr erfreut, als wir bei der Punction fanden, dass die Hälfte der Pravaz'schen Spritze sich mit dicker, öliger Flüssigkeit, braun gefärbt, füllte. Es fand sich auf der chirurgischen Klinik, wo operirt wurde, ein Chondrom mit Cysten von der Grösse eines Hühnereies, das glatt ausgeschnitten werden konnte. Dieser Fall ist vollkommen geheilt, und es ist ganz sicher, dass dieser Fall niemals operirt worden und verloren gewesen wäre, wenn nicht die Neisser'sche Punction ausgeführt worden wäre. Ich glaube, dass wir nach diesen Erfahrungen auch schon vor dem Erscheinen der Pfeifer'schen Arbeit sagen können, dass man gegenwärtig nicht nur die Punction soll ausführen können, sondern im Gegentheil verpflichtet ist, bevor man den Schädel aufmacht, zunächst die Punction in jedem Falle nach Neisser zu machen, denn es ist ganz selbstverständlich, dass dieser Eingriff bedeutend weniger gefähr-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lich für den Patienten ist, als die Aufmeisselung des Schädels über einen noch so sicher klinisch diagnosticirten Tumor.

Herr Lewandowsky: Meine Herren! Ich weiss nicht, ob bei der vorgerückten Zeit eine Frage noch Interesse finden wird, die von einzelnen Rednern berührt und deren Stand etwas ungünstig beurtheilt worden ist, nämlich, in wie weit die Ergebnisse des Experiments mit denen der Klinik in Uebereinstimmung zu bringen sind. Aber ich möchte mich doch vielleicht bemühen, das Misstrauen, das gerade auf diesem Gebiete noch zwischen Klinikern und Physiologen herrscht, etwas zu zerstreuen. Also, wenn man die localen Symptome, die der Kleinhirnherd bietet, theilt in die Schwindelerscheinungen und die Ataxie, so sind wir nicht in der Lage, Thiere auf Schwindel, also auf eine subjective Erscheinung, zu untersuchen. Aber wir haben beim Thier ein anderes Symptom, welches sicherlich den Schwindel vertritt, das sind die Zwangsbewegungen. Was beim Thier die objective Bewegung um seine Längsachse ist, das ist beim Menschen die Empfindung von dieser Bewegung, und da kann man nur sagen, dass es eigentlich sehr schön wäre, wenn sich die Angaben von Steward und Holmes für den intracerebellaren Tumor bestätigten. Es ist dabei freilich eine Schwierigkeit zunächst zu berücksichtigen. Man hat sich auch in der Physiologie lange gestritten, nach welcher Seite die objective Zwangsbewegung des Tieres nach einseitigen Kleinhirnverletzungen eintritt; es hat sich aber herausgestellt, dass die abweichenden Angaben der Autoren zum grössten Theil auf einer verschiedenen Nomenclatur beruhen. Es dreht sich natürlich ein Thier, welches sich aus der aufrechten Stellung in die Rückenlage dreht, über die linke Seite, über die rechte Seite, wenn es aus der Rückenlage wieder in die Bauchlage zurückkommt. Ich glaube die Angaben von Steward und Holmes so verstehen zu müssen, dass die Scheinbewegungen des menschlichen Körpers bei intracerebellaren Tumoren dieselbe Richtung haben würden, wie die als Ausfallserscheinungen zu betrachtenden Zwangsbewegungen der einseitig operirten Thiere. Es ist ja von vornherein sehr unwahrscheinlich, dass nun die intracerebellaren Tumoren nur zu Ausfallserscheinungen führen und nicht auch einmal Reizerscheinungen machen sollten. Am einfachsten wäre es aber jedenfalls, wenn man den Unterschied in der Richtung der Scheinbewegung zwischen den intracerebellaren und den extracerebellaren Tumoren erklären wird, die einen als Ausfalls-, die anderen als Reizfolgen aufzufassen. Denn das Experiment hat ergeben, dass, wenn wir das Kleinhirn reizen auf der einen Seite, die Zwangsbewegung nach der entgegengesetzten Seite eintritt, wie nach der Exstirpation einer Hälfte. Das würde dann andererseits wieder dafür sprechen, dass die intracerebellaren Tumoren allerdings in der grösseren Anzahl der Fälle Ausfallserscheinungen machen. Auf die Augenbewegungen will ich nicht eingehen, ebenso wenig kann man natürlich etwas beim Thier aussagen über die Scheinbewegungen der Objecte, aber ich glaube, dass in Bezug auf die Störung der Orientirung im Raum die Experimente sich bereits in einiger Uebereinstimmung befinden mit den klinischen Ergebnissen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Was nun die Ataxie betrifft, so liegt die Sache wesentlich anders. Auch Herr Seiffer hat betont, was man ja meistens hört, dass die Kleinhirnataxie ein ganz besonderes Charakteristicum hätte. Das hört man nicht nur, das ist zweifellos auch richtig insofern, als die Ataxie des Rumpfes hier bei weitem die Ataxie der Extremitäten überwiegt. Aber es ist schon von Herrn Oppenheim und auch früher von anderen Autoren erwähnt worden, dass man auch eine Ataxie der Extremitäten beim kleinhirnkranken Menschen häufig zu sehen bekommt. Ich habe in den 5 Fällen, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, Spuren der Extremitätenataxie niemals vermisst, und diese Kleinhirnataxie hat objectiv, als Bewegungsstörung genommen, genau den gleichen Charakter, wie die tabische Ataxie, wie das auch bereits von Bruns, soweit ich weiss beobachtet ist. Beim Thier liegt die Sache so, dass der Grad der Ataxie, den wir in den Extremitäten beobachten, und im Rumpf, besonders beim Hunde, nicht wesentlich differirt. Ich bin überzeugt, dass, wenn man dem Neurologen einen Hund zeigt, der das Stadium der Zwangsbewegungen nach einer einseitigen Kleinhirnoperation bereits überwunden hat, und ihn eine Diagnose stellen liesse, er mindestens eine Mitbetheiligung der hinteren Wurzeln bei der Operation annehmen würde. Beim Affen scheint es dann bereits, als wenn da die Störung der Extremitäten zurück-, bezw. die Störung der Rumpfataxie hervortritt, und beim Menschen ist das zweifellos der Fall. Ich möchte sowohl für den Menschen als für das Thier allerdings hauptsächlich einen sensorischen Ursprung der Ataxie annehmen. Diese Störung des Muskelsinns kann man beim Thier unzweifelhaft constatiren. Ich habe das demonstrirt, ich habe es auch in Momentphotographien nachweisen können: sowohl aus der Art der Bewegungen kann man das Fehlen der sensorischen Regulirung erschliessen, und man kann ferner nachweisen, dass die Thiere ganz abnorme Lagen, die man ihren Gliedern giebt, nicht corrigiren. Es ist ebenso zweifellos, dass in der überwiegenden Anzahl der Fälle beim Menschen eine solche objectiv nachweisbare Störung des Lagesinnes nach der bisher üblichen Methode — von der Verfeinerung der Methode wäre, wie Herr Ziehen sagte, vielleicht noch einiges zu erhoffen — nicht zu beobachten ist. Immerhin giebt es einige Fälle — es ist neulich einer von Friedrich Müller erwähnt, ich habe selbst einen Fall gesehen, ferner giebt es einen älteren Fall von Bonhoeffer, der zwar nicht das Kleinhirn direct betraf, aber doch eine Störung des Lagesinnes zeigte, und es ist charakteristisch, dass es sich in allen diesen Fällen, die eine Störung der Sensibilität bei Kleinhirnherden erwähnt haben, immer um Störungen des Lagesinnes handelt — bei denen man diese Störungen auf die Zerstörung des Bindearmes, also desjenigen Zuges, der Kleinhirn und Grosshirn verbindet, wenigstens möglicherweise zurückführen kann. Nun ist es zweifellos theoretisch möglich, und dieser Fall scheint beim Menschen einzutreten, dass ein subcorticales Organ eine sensomotorische Regulirung leistet, ohne dass eine Störung wenigstens der bewussten Empfindung eintritt, obwohl es möglich ist, dass auch beim Menschen bei feinerer Untersuchung etwas zu finden wäre; jedenfalls sind beim Thier die Erscheinungen ausserordentlich viel gröber. Beim Thier aber ist das Kleinhirn eben nicht nur subcorticales sensomotorisches

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Organ, sondern auch in viel höherem Maasse als beim Menschen Leitungsbahn zum Grosshirn durch Vernichtung der Kleinhirnseitenstrangbahnen und des Bindearmes.

Die Atonie lässt sich sehr gut als Folge sensibler Störung erklären und die Parese (Luciani's, Atonie) spielt auch beim Thier gar keine Rolle. Das würde also mit den klinischen Erfahrungen übereinstimmen. Es würde sich dann vielleicht die Differenz, welche wir zwischen dem Thier und dem Menschen sehen, dahin definiren lassen, dass erstens beim Thier die Störung der Ataxie die Extremitäten und den Rumpf in gleicher Weise befällt, während beim Menschen die Beherrschung der Extremitätenbewegungen, wir es ja auch aus den Folgen der Grosshirnoperationen erschliessen müssen, in viel höherem Maasse von der Grosshirnrinde abhängig ist und das Kleinhirn nur einen geringen Theil davon erhält, während dem Kleinhirn neuerdings in der Beherrschung der Rumpfbewegungen in der Aufrechterhaltung des Körpers immer unter Leitung der Sensibilität beim Menschen eine neue Aufgabe erwachsen ist.

Wenn ich ganz kurz vielleicht noch auf einen Punkt der Therapie eingehen darf, der noch nicht erwähnt ist, so möchte ich doch glauben, dass man mindestens in den Fällen von seröser Meningitis, von denen Herr Borchardt sprach, die der unheilbaren Erblindung verfallen und die die Trepanation ablehnen, doch zu einem Mittel greifen müsste, nämlich zu wiederholten Lumbalpunctionen. Es ist das von anderen Autoren schon ausgesprochen worden; ich habe selbst von diesen Lumbalpunctionen in Fällen seröser Meningitis ausgezeichneten Erfolg gesehen. Man kann nun freilich sagen, diese Fälle wären auch sonst geheilt. Aber das Mittel ist bei genauer Beobachtung des Druckes in der Spinalhöhle durchaus harmlos, und man könnte sicherlich doch noch einigen Kranken dadurch wenigstens einige Hülfe schaffen.

Herr Oppenheim erwidert Herrn Bernhardt, dass er in seinen letzten Arbeiten über diesen Gegenstand, besonders in „Beiträge zur Diagnostik des Tumor cerebri und der Meningitis serosa", Monatsschr. f. Psych. und Neurol. Bd. XVII, Heft 2, auf die Wandlung seiner Anschauungen in dieser Frage hingewiesen habe.

Damit schliesst die Discussion. Das Schlusswort der Vortragenden wird vertagt.

Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XXIV.

Referate.

M. Kassowitz, Allgemeine Biologie. 4. Bd. Nerven und Seele. Wien 1906. Verlag von Moritz Perles. 534 Ss.

In der ihm eigenen gewandten Darstellung erörtert Kassowitz hier die Probleme der Nervenfunction und ihrer Beziehungen zur wirklichen Thätigkeit. Chemische Veränderungen der leitenden Substanz spielen bei der Function der Nerven die Hauptrolle. Er fasst dahin zusammen, dass man nur dann allen vorhandenen Thatsachen bei der Analyse der Nerventheorien gerecht werden könne, wenn man von folgenden Voraussetzungen ausgehe (S. 96): 1. Zusammensetzung der Nervenfasern aus zwei Arten von Protoplasma, die in einem trophischen Wechselverhältnisse zu einander stehen und 2. Reizzerfall der labilen Moleküle des leitenden Protoplasmas unter Intervention von extramolekulärem Sauerstoff. Die ganze nervöse Thätigkeit spielt sich in den Bahnen ab, die Zellen haben keine hervorragende functionelle Bedeutung. Interessant ist die Definition des Bewusstseins (S. 474): „Das Bewusstsein ist weder ein Theil des Gehirns, in den eine Nervenerregung eindringen kann, noch ist es eine physiologische Function des Gehirns oder eines Gehirntheiles oder gewisser Zellen, sondern es ist ein Zustand, in den ein mit complicirten Reflexmechanismen ausgestatteter Organismus geräth, wenn ein sehr grosser Theil dieser Mechanismen durch einen Reiz zu gleicher Zeit oder unmittelbar nach einander in Action versetzt wird." S.

Reichardt, Leitfaden zur psychiatrischen Klinik. Jena 1907. Verlag von G. Fischer. 211 Druckseiten.

Seit die Psychiatrie Examensfach geworden, ist die Zahl der Lehrbücher und Leitfäden im beständigen Wachsen begriffen.

Das vorliegende Buch will auf den Besuch der psychiatrischen Vorlesungen vorbereiten und berücksichtigt zu diesem Zwecke nicht nur die neurologischen Untersuchungsmethoden, sondern auch die Anatomie des Centralnervensystems mehr, als es in psychiatrischen Werken sonst üblich ist. Die Darstellungsweise ist klar und anregend, die Ausstattung eine gute. Dennoch dürfte der Leitfaden kaum allgemeinere Verbreitung finden wegen der Eigenartigkeit der in ihm niedergelegten Anschauungen. So wird für die Entstehung der Psychosen dem Wochenbett und Klimakterium, erschöpfenden Krankheiten, Strapazen und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gemüthsvorgängen so gut wie jede Bedeutung abgesprochen. Selbst bei Wegfall der beiden Gifte Alkohol und Lues werde die Psychiatrie „kein wesentlich anderes Gesicht“ bekommen. Hysterische Psychosen werden überhaupt nicht anerkannt, der Begriff der Neurasthenie als entbehrlich bezeichnet. Der pathologische Rauschzustand wird nur als eine hallucinatorische Erregung beschrieben; das Auftreten expansiver Vorstellungen und die Möglichkeit ruhig verlaufender Trancezustände wird trotz ihrer grossen praktischen Wichtigkeit nicht erwähnt.

Bei den Zwangsvorstellungen wird der gelegentlichen Schwere der Krankheit in keiner Weise Rechnung getragen mit der Forderung: „Der Kranke soll lernen, sich mit seiner Krankheit als etwas Lästigem, aber nicht Gefährlichem abzufinden“.

Sehr überraschend klingt die Behauptung, dass angeborenes Fehlen der Patellarreflexe sich bei 1—2 pCt. aller Gesunden finden soll. Vielleicht ist die Erklärung dieses Satzes in der ungeeigneten Prüfungsmethode zu suchen, denn es wird empfohlen, den Patienten derartig hoch zu setzen, dass er mit den Füssen nicht den Boden berührt, und dann den Schlag mit einem Percussionshammer „oder einem grösseren Hausschlüssel u. dgl.“ auszuführen. Der überaus wichtige Babinski'sche Zehenreflex und die Lumbalpunction sind merkwürdiger Weise in dem ganzen Buche nicht erwähnt.

Ein übersichtliches Register ist dem Leitfaden angehängt. Raecke.

Second annual report of the Henry Phipps institute for the study, treatment, and prevention of tuberculosis. February I. 1906, to February I. 1905. Philadelphia 1906.

Der einen stattlichen Band darstellende Jahresbericht enthält neben anderen Arbeiten je einen neurologischen und einen psychiatrischen Aufsatz.

Im Ersteren berichtet Mc. Carthy über die Ergebnisse von 78 Gehirnsectionen bei Tuberculösen und knüpft daran klinische Betrachtungen an. Aus dem reichhaltigen Stoff seien folgende Daten mitgetheilt: Unter fünf Fällen von acuter Leptomeningitis tuberculosa war zweimal der Krankheitsprocess auf die hintere Schädelgrube beschränkt; im Leben hatten bestanden Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, Reflexsteigerung, starke Ermüdbarkeit, terminale Delirien. Einmal war nur eine Hemisphäre ergriffen; hier wurden Jackson'sche Anfälle mit erhaltenem Bewusstsein beobachtet. 17 subacute Leptomeningitiden wurden gezählt, und 6 chronische; bei Letzteren war vor Allem das Gefässgebiet der Meningea media betroffen. Viermal zeigte sich bei der Section eine chronische Meningo-Encephalitis. Verfasser nimmt an, dass da der Process von den weichen Häuten auf die Rinde übergegriffen habe. Der Plexus chorioideus war neunmal erkrankt. Hydrocephalus hatte sich in 26 Fällen entwickelt. Das Rückenmark bot zweimal eine tuberculöse Meningitis, besonders über den Hintersträngen. In einem Falle, der klinisch das Bild der Landry'schen Paralyse getragen hatte, waren, wohl in Folge toxischer Vorgänge, alle motorischen Ganglienzellen im Rückenmark und Medulla verändert, während weisse Substanz und periphere Nerven intact erschienen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unter 885 Kranken liessen 20 psychische Störungen erkennen (bei Ausschluss terminaler Delirien). Meist handelte es sich um Delirien und Verwirrthheitszustände, um paranoide Beeinträchtigungsideen und Gedächtnisschwäche, zuweilen mit Korsakow-artiger Färbung. Interessant war das wiederholte Auftreten einer Pseudoparese mit Tremor, Reflexsteigerung, Sprachstörung, Euphorie, Grössenideen, Gedächtnisschwäche bei vorgeschrittenen Fällen von Lungentuberculose. Das klinische Bild erinnerte sehr an Dementia paralytica.

Speciell mit dem Geisteszustande bei Tuberculose beschäftigt sich der folgende Aufsatz von Carncross. Nicht immer kam es zu ausgesprochenen Psychosen. Häufiger fand sich nur ein reizbares, mürrisches Wesen mit Misstrauen und Nörgelsucht bei grosser Suggestibilität. Euphorie und Steigerung der Libido bilden nach den Erfahrungen des Verfassers die Ausnahme.

Raecke.

Siefert, E., Ueber die Geistesstörungen der Strafhaft mit Ausschluss der Psychosen der Untersuchungshaft und der Haftpsychosen des Weibes. Halle a./S. C. Marhold.

Siefert theilt aus seiner Beobachtung eine Reihe von Fällen mit, bei denen die Psychose in der Haft Anlass zur Untersuchung gaben. Er theilt die geistigen Störungen in die degenerativen Haftpsychosen und in die echten Psychosen ein.

„Für die Frage, ob im Einzelfall eine Haftpsychose oder eine echte Psychose vorliegt, ist die Berücksichtigung des Lebensalters, in dem die Criminalität und in dem die Psychose einsetzte, von grösster Bedeutung. Eine Psychose jenseits des 30. Lebensjahres ist gewöhnlich organisch fundirt, eine schwere gewohnheitsverbrecherische Criminalität, jenseits des 20. Lebensjahres einsetzend, gleichfalls echt psychotisch begründet; eine Psychose im 3. Lebensjahrzehnt bei einem spät criminell Gewordenen der Regel nach eine echte, keine Haftpsychose."

Einen breiten Raum nehmen die Reformvorschläge ein.

Ob diese und ihre Begründung die Zustimmung erfahren werden, welche sich Verfasser für ihre Verwirklichung wünscht, dürfte lebhaftem Zweifel begegnen. S.

Bresler, Johannes, Greisenalter und Criminalität. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. V. Bd. H. 2/3. Halle a./S., Marhold. 1907.

Bresler giebt in dieser Monographie eine Psychologie und Psychopathologie des Greisenalters. Die arteriosklerotischen, die praesenilen Formen der Geistesstörung und die eigentliche Dementia senilis werden in ihren Erscheinungen besprochen. Als Besonderheit der Criminalität geistig erkrankter Greise sind die vielen Fahrlässigkeitsvergehen und auffallend zahlreiche sexuelle Verbrechen zu verzeichnen. S.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hoppe, Hugo, Der Alkohol im gegenwärtigen und zukünftigen Strafrecht. Juristisch-psych. Grenzfragen. V. Bd. H. 4/5.

In einer Statistik zeigt Hoppe, welche hohe Bedeutung der Alkohol für die Criminalität hat und welche Wichtigkeit der strafrechtlichen Beurtheilung und Behandlung der von Trunkenen und von Trinkern begangenen Strafthaten zukommt. Die Erscheinungen des Rausches als einer acuten Vergiftung werden besprochen. Die Gesetzesbestimmungen über Trunkenheitsdelicte sind verschieden, tragen aber den Fortschritten der Wissenschaft in der Erkenntniss der Rauschzustände nicht genügend Rechnung. Es ist nicht mehr zeitgemäss, von einer selbstverschuldeten und unverschuldeten Trunkenheit zu sprechen. Bei Rauschdelicten wäre eventuell das Princip der bedingten Verurtheilung anzuwenden. Die pathologischen (complicirten) Rauschzustände lassen sich unter Umständen unter den § 51 bringen, ebenso die Folgen des chronischen Alkoholismus. Aber die Bekämpfung der Trunksucht müsste energischer durch Schaffung von staatlichen Trinkerheilanstalten und durch gesetzliche Bestimmungen über die Unterbringung dort in Angriff genommen werden. S.

Kornfeld, Hermann, Alkoholismus und § 51 St.-G.-B.

Wulffen (Staatsanwalt), **Gerhart Hauptmann's „Rose Bernd" vom criminalistischen Standpunkt.** Juristisch-psych. Grenzfragen. IV. Bd. H. 3.

Kornfeld hebt die Schwierigkeiten hervor, die sich der Beurtheilung von incriminirten Handlungen Betrunkener entgegenstellen, führt das Gutachten über einen Fall an, wo in einem periodischen Zustande von Trunkenheit ein Nothzuchtsversuch ausgeführt wurde.

Wulffen giebt eine ansprechende criminalistische Würdigung des Hauptmann'schen Dramas Rose Bernd. S.

Eichhorst, Hermann, Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. II. Theil. Urban u. Schwarzenberg. Berlin u. Wien.

Der zweite Theil weist die Vorzüge des ersten Theils auf. S.

Eschle, Franz C. R., Grundzüge der Psychiatrie. Urban u. Schwarzenberg. Berlin u. Wien. 1907.

E. will in seinen Grundzügen „Fundamente liefern, auf denen weiter zu bauen dem Leser überlassen sein" soll, auch erstrebt er in seinen specialistischen Ausführungen möglichst den Zusammenhang mit dem Gesammtgebiete der Medicin zu erhalten.

Das Werk bringt in dem ersten seiner drei Hauptabschnitte nach Besprechung der allgemeinen Pathogenese eine Gruppirung der psychischen Krankheitserscheinungen nach den Gebieten des Erkennens, Fühlens und Wollens,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die als distinctive, affective und appetitive Insufficienz gekennzeichnet sind Die Anordnung des speciellen Theils ist mehr nach practischen Gesichtspunkten erfolgt. Den Schluss bilden eine Besprechung der psychiatrischen Sachverständigenthätigkeit mit Erläuterung der in Frage kommenden juristischen Begriffe und Anleitung für das Auftreten in foro und die Erstattung von Gutachten.

Man wird die Ausführungen, welche das Bild der Psychiatrie zur Anschauung bringen, wie es sich dem Verfasser nach langjähriger practischer Bethätigung und Forschung gestaltet hat, mit Interesse verfolgen, auch wenn man den Ansichten desselben nicht rückhaltlos zustimmen kann.

Wassermeyer.

Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Gesellschaft für experimentelle Psychologie.

Der nächste Congress für experimentelle Psychologie findet am **22. bis 25. April 1908** zu **Frankfurt a. M.** statt.

Folgende Referate werden erstattet werden:

E. Claparède: Die Methoden der thierpsychologischen Beobachtungen und Versuche.

L. Edinger: Die Beziehungen der vergleichenden Anatomie des Nervensystems zur Psychologie. Wege und Aufgaben einer vergleichenden Psychologie.

K. Bühler: Ueber das Sprachverständniss vom Standpunkte der Normalpsychologie aus.

A. Pick: Ueber das Sprachverständniss vom Standpunkte der Pathologie aus.

W. Wirth: Ueber die experimentelle Untersuchung der Aufmerksamkeit.

W. Specht: Ueber das pathologische Verhalten der Aufmerksamkeit.

Mit dem Congresse wird eine Ausstellung von Apparaten verbunden.

Für die Mitglieder der Gesellschaft ist die Theilnahme unentgeltlich; die von den übrigen Theilnehmern zu entrichtende Gebühr ist auf 10 Mark festgesetzt. Persönliche Einladungen an solche, die nicht Mitglieder unserer Gesellschaft sind, werden nicht erlassen.

Es wird gebeten, Anmeldungen betreffend Theilnahme, Vorträge u. dgl. an den Vorsitzenden des Localcomités, Herrn Prof. Dr. K. Marbe zu Frankfurt a. M. (Jordanstrasse 17—21) zu richten.

I. A.: Prof. **G. E. Müller.**

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der **III. Internationale Congress für Irrenpflege**

findet unter dem Präsidium des Herrn Hofrathes Professors Dr. Obersteiner vom **7. bis 11. October 1908** in Wien statt.

Beitrittserklärungen zu demselben, sowie Anmeldungen von Vorträgen wollen bis spätestens 1. Juli 1908 an den General-Sekretär Dr. Alexander Pilcz in Wien, IX., Lazarethgasse 14 eingeschickt werden, welcher auch nähere Auskünfte zu ertheilen bereit ist.

Das genauere Programm wird seiner Zeit verlautbart werden.

Das vorbereitende Comité für den III. Internationalen Congress für Irrenpflege in Wien 1908.

Der Präsident:

Hofrath Professor Dr. Obersteiner.

Der General-Sekretär:

Privat-Docent Dr. Alexander Pilcz.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XXV.

Beitrag zur Analyse der cerebralen Hemiplegie.

Von

Dr. **C. T. van Valkenburg,**

Prosector und Arzt an der Irrenanstalt „Meerenberg" (Holland).

I.

Der Symptomencomplex der halbseitigen Lähmung ist in den letzten Decennien Gegenstand vieler Untersuchungen gewesen.

Vom klinischen, physiopathologischen und anatomischen Standpunkte hat man die Erscheinungen betrachtet, und allmählich ist der Begriff „Hemiplegischer Lähmungstypus" als etwas Einheitliches in das Bewusstsein der Aerzte übergegangen, wenn auch die Erklärungsversuche für die Genese vielfach differirten.

Nun findet sich freilich dieser „Typus" in einem ziemlich grossen Procentsatz der Fälle thatsächlich nicht vor; dennoch lässt sich ganz gut von einem solchen reden angesichts der grossen Menge demselben entsprechender Fälle. Es wird zunächst in diesem Aufsatz von diesen typischen Hemiplegien die Rede sein.

Sie bieten folgende Verhältnisse im Residuärstadium:

1. Einseitige Lähmung (Parese) — bezw. Contractur — des Mundfacialis;

2. Deviation der Zunge beim Herausstrecken nach der gelähmten Seite;

3. Die eine obere Extremität ist paretisch, wobei besonders zu bemerken ist:

Haltung: Der Arm wird an den Leib adducirt und nach innen rotirt gehalten, die Schulter ist gewöhnlich etwas gesenkt, der Ellbogen ist mehr oder weniger — bis rechtwinkelig — gebeugt; der Vorderarm meistens pronirt; das Handgelenk gebeugt, gestreckt oder in Mittelstellung; die Finger flectirt, der Daumen oft eingeschlagen, jedenfalls adducirt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beweglichkeit: Alle Bewegungen sind eingeschränkt, sowohl in Bezug auf Kraftleistung, wie auf Ausgiebigkeit. Jedoch in sehr verschiedenem Maasse.

Vollständig aufgehoben sind für gewöhnlich alle feineren Bewegungen der Finger, sowie die Hebung des Oberarmes über die Horizontale. Die übrigen Bewegungen im Hand-, Ellbogen- und Schultergelenk sind alle mehr oder weniger beeinträchtigt. Die hier sich präsentirenden Differenzen, sowie die veränderte Art der Beweglichkeit wird weiter unten besprochen werden.

Passiver Widerstand: Dieser ist am grössten, wo diejenigen Bewegungen vorgenommen werden, welche der Haltung des hemiplegischen Armes entgegengesetzt sind, also bei Abduction und Aussenrotation des Oberarmes, Streckung des Vorderarmes, Supination der Hand, Streckung der Finger.

4. Das paretische Bein, in gleicher Weise betrachtet, zeigt folgendes:

Haltung: Diese ändert sich je nach dem Gebrauch, der vom Gliede gemacht wird. Beim Liegen und Sitzen kann es mehr oder weniger im Hüft-, wie im Kniegelenk gebeugt sein, jedoch gewöhnlich weniger als das gesunde. Beim Gehen ist es ganz regelmässig in diesen heiden Gelenken, sowie auch im Fussgelenk gestreckt, wenn auch nicht ad maximum. Der Oberschenkel ist adducirt.

Die Beweglichkeit ist in keinem der genannten Gelenke vollständig aufgehoben; isolirte Zehenbewegungen sind gewöhnlich unmöglich, für die übrigen Bewegungen gilt das für die Armgelenke Gesagte.

Der passive Widerstand verhält sich ähnlich wie beim Arm; er ist also erhöht bei Beugung in Hüfte und Knie, bei Dorsalflexion des Fusses.

Ueber den hier kurz skizzirten Befund bei Hemiplegie sind die meisten Untersucher einig, namentlich gilt das von der Haltung und vom passiven Widerstand. Die Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf die Beweglichkeit werden später erörtert werden.

Bekanntlich sind schon mehrere Theorien zur Erklärung des Typus erfunden worden; die Meisten haben eine Zeit gelebt, ihren Nutzen gehabt wie manche andere, haben aber späteren Untersuchungen oder Einwänden nicht standhalten können. Ich nenne nur die Namen Charcot, Vulpian, Brissaud.

Es erübrigt sich die betreffenden Hypothesen zu discutiren, um so mehr, weil sie eher die Contractur als Erscheinung zu erklären suchten, als die ungleiche Vertheilung derselben über die Muskulatur.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wernicke war[1]) war wohl der Erste, der tiefer einzudringen versucht hat in die Vertheilung der Paresen und Contracturen der hemiplegischen Körperhälfte. In verschiedenen Schriften ist später von L. Mann[2]) das Syndrom genauer analysirt, und von demselben Autor stammt auch die Theorie über Wesen und Entstehung der einseitigen Lähmung und Contractur, welche heut zu Tage wohl der meisten Anhänger sich erfreut.

Bevor ich zur Auseinandersetzung meines eigenen Standpunktes auf Grund eigener Beobachtungen schreite, scheint es angemessen schon hier Mann's Theorie vorläufig kurz wiederzugeben.

Nach diesem Autor sind die Antagonisten der contracturirten Muskeln gelähmt und hypotonisch, die Muskeln in Contractur sind nicht oder wenig gelähmt. Die nämlichen Pyramidenfasern, welche anregende Impulse leiten für die Bewegungsinnervation bestimmter Muskeln sind die Vermittler der Hemmungsimpulse für die Antagonisten. Bei der Hemiplegie muss also, wo auch die Pyramidenbahn lädirt sein möge, immer als typische Folge Contractur der Agonisten, Hemmung (Lähmung) der Antagonisten eintreten. Wenn ausnahmsweise nicht die typische Contracturvertheilung sich vorfindet, sollen auch die typischen Paresen fehlen.

Die Erklärung wird, ausser durch die genaue Analyse der hemiplegischen Bewegungsstörung, gestützt durch die Erfolge der Gehirnrindenreizung von Bubnoff und Heidenhain[3]), Hering und Sherrington[4]).

Die schon in dem Aufsatze Mann's nach meiner Meinung mit Recht zurückgewiesene Auffassung van Gehuchten's[5]) gipfelt in der Erwägung, dass, während nur ein Theil der Muskeln gelähmt ist, der antagonistische Theil solch ein Uebermaass an Innervation gewinnt, dass er in Contractur geräth; eine weitgehende Uebereinstimmung also mit Contracturen, bei peripheren Lähmungen, in den antagonistischen, nicht gelähmten Muskeln.

Treten wir jetzt der Frage nach den anatomischen und physiologischen Folgen eines eine Hemiplegie erzeugenden Herdes näher.

---

1) Wernicke, Zur Kenntniss der cerebralen Hemiplegie. Berliner klin. Wochenschr. 1889.

2) L. Mann, Ueber das Wesen und die Entstehung der hemiplegischen Contractur. 1898.

3) Bubnoff und Heidenhain, Pflüger's Archiv Bd. 26.

4) Hering und Sherrington, Pflüger's Archiv Bd. 68.

5) van Gehuchten, Journal de Neurologie 1897, Semaine médicale 1898, Revue de Neurologie 1898.

Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Wenn die Lähmung alt genug ist (und der Herd z. B. durch eine Blutung dargestellt wird) dürfen wir den Zustand als „residuär" betrachten. Anatomisch ist dann ein Theil der centrifugalen Hirnfaserung, namentlich derjenige, welcher sich in die Pyramidenbahn fortsetzt, unterbrochen; es ist dann die absteigende secundäre Degeneration dieser Bündel die Folge.

Physiologisch ist ein Rindenabschnitt, insbesondere auch die Regio centroparietalis, von der directen Verbindung mit mehr peripherwärts gelegenen Theilen abgeschnitten.

Es müssen also alle Bewegungen, welche die Intactheit der Pyramidenbahn zur Voraussetzung haben für ihr richtiges Zustandekommen, in mehr oder weniger hohem Grade modificirt sein. Wenn für jede Bewegungsform der Aufbau der nervösen Localisation genau bekannt wäre, würden wir ohne Weiteres im Stande sein, in jedem Falle, wo auch die Pyramidenbahn eine Unterbrechung erfahren hätte, den Bewegungsausfall zu bestimmen. Nun ist das aber bei weitem nicht der Fall. Was wir Sicheres wissen in dieser Hinsicht muss um so mehr vor allen Dingen verwendet werden, einen tieferen Einblick in die Frage zu gewinnen.

Dieses Princip in bewusster logischer Consequenz durchgeführt zu haben, ist das Verdienst v. Monakow's[1]). Es sei mir gestattet, seine Betrachtungsweise der Contracturen, welche eigentlich der Ausgangspunkt meiner Auffassungen bildet, hier in Kurzem wiederzugeben.

v. Monakow sieht das Wesen der residuären hemiplegischen Contractur in einer Störung des kinetischen Gleichgewichtes, verursacht durch die Läsion centraler Bewegungscomponenten, vor Allem der Pyramidenbahn. Diese Störung ist näher zu qualificiren als eine abnorme Verarbeitung der — in ganz oder fast ganz normaler Quantität — zum Cortex und subcorticalen Centren gelangenden sensiblen Erregungen von verschiedenster Herkunft zu motorischen Impulsen, in Folge des Ausfalls eines Theils der wichtigsten centrifugalen Leitungswege. Andere Bahnen und Bewegungscentren werden dadurch in übermässiger, ungewohnter Weise belastet; ein abnormer, so zu sagen chronischer Reizzustand in subcorticalen und spinalen Centren ist die nothwendige Folge, welche in einem Theil der Muskulatur als eine chronische Contraction, eine Contractur, ihren Ausdruck findet.

Die specielle Vertheilung dieser letzteren wird verursacht durch verschiedene, nur zum Theil bekannte Momente, unter denen in letzter

1) v. Monakow, Gehirnpathologie. 2. Aufl.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Instanz — wofern es den Einfluss der spinalen Centren betrifft — auch der Muskelquerschnitt eine Rolle spielt.

Als wichtigste Ergebnisse der v. Monakow'schen Ausführungen seien nochmals hervorgehoben: 1. die den sensiblen Reizen zugewiesene Rolle als causa remota jeder Contractur; 2. die Erkenntniss, dass die hemiplegische Lähmung näher zu umschreiben ist als das Verlorengehen der cerebralen Componente mancher Bewegungen und Bewegungsformen; 3. die These, dass es keinen eigentlichen Gegensatz giebt zwischen gelähmten und contracturirten Muskeln.

Um einen tieferen Einblick in die Natur der Bewegungseinschränkung resp. Modification, welche durch die Hemiplegie verursacht wird, zu gewinnen, genügt es nicht eine Untersuchung des Patienten, wie minutiös sie auch sein möge, im Residuärstadium vorzunehmen.

Wenn einmal die Contracturen gewissermaassen fixirt sind, hat die Beweglichkeit im Ganzen, insbesondere jene der nicht contracturirten Muskeln so sehr gelitten, dass man oft ausser Stande ist, die primär durch die Hemiplegie bedingten Schädigungen zu unterscheiden von den secundär, durch allerhand Einflüsse verursachten Veränderungen in der normalen Beweglichkeit.

Wenn nun auch in vielen residuären Hemiplegien, wenn sie nicht zu alt sind, nachweisbar ist, dass sich die Motilität nicht so verhält, wie man es nach Mann's Untersuchungen erwarten sollte, so ist es doch höchst empfehlenswerth vor Allem auch in der Art des Zustandekommens der bleibenden Bewegungsstörungen Anhaltspunkte für die richtige Beurtheilung derselben zu suchen.

Es sei hier ein Fall, wo von Tag zu Tag ganz genau die Erscheinungen zu verfolgen waren, ausführlich beschrieben, namentlich in Bezug auf die motorischen Symptome.

Fall I[1]).

Frau M. wurde operirt wegen eines Tumors in der Marksubstanz der motorischen Zone des Armcentrums links. Der Tumor wurde exstirpirt; tief in das Mark dehnte er sich aus. Die Operation darf also gelten etwa als eine, in die Marksubstanz der Centralwindungen stattfindende Blutung, mit einem Rindendefect in der Armregion.

Unmittelbar nach der Operation, die Patientin lag noch auf dem Operationstisch, war der Kniesehnenreflex rechts stark erhöht; es war im rechten Arm und im rechten Bein jede Bewegung passiv schwer auszuführen.

---

1) Aus der Züricher Universitätspoliklinik für Nervenkranke (Professor v. Monakow). Die Gelegenheit zur täglichen Beobachtung in der chirurgischen Klinik verdanke ich der Liebenswürdigkeit Prof. Krönlein's.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Am nächsten Tage war es nicht im Interesse der Patientin sie näher zu untersuchen.

Nach 2 Tagen allgemeiner Hypertonus; rechts Mundfacialisparese, Zunge nicht herausgestreckt: Mund nur ganz wenig geöffnet; jede willkürliche Bewegung der rechtsseitigen Extremitäten unmöglich.

Nach 5 Tagen wird der Mund besser geöffnet; die Zunge etwa 1 cm vorgestreckt, Augenbewegungen frei. Wegen der completen Aphasie ist es schwer, sich mit der Patientin zu verständigen. Ich bediene mich also gewisser Zeichen, die Patientin mit der linken Hand zu machen hat, als Reaction bei der Sensibilitätsprüfung. Dabei stellt sich heraus, dass sie immer dieselbe Bewegung — rasch aufeinander folgendes Oeffnen und Schliessen der Hand — macht, gleichgültig, ob sie nein (Hand öffnen) oder ja (Hand schliessen) äussern will. Bei jedem Anlass, gleichsam als Antwort auf jede Frage, kehrt diese Bewegung wieder zurück. Auch einfache Einzelbewegungen mit den Fingern der linken Hand werden erst nach vielem Suchen nachgemacht, dann aber ganz richtig, nicht atactisch. Bekannter Instrumente (Scheere etc.) bedient sie sich mit der linken Hand ganz gut.

Das Greifen kleiner Gegenstände mit der Linken geschieht unter geringem Ausfahren; auch verfehlt der linke Zeigefinger die Nasenspitze immer um ein weniges.

Allgemeine rechtsseitige Anästhesie, ausgenommen für Schmerz, stärkeren Druck, Hitze und starke Kälte, diese alle werden eher stärker, jedoch erst nach mehreren Einzelreizen, empfunden, mit einer gewissen Nachdauer. Sehnenreflexe rechts sehr verstärkt, Fussclonus, Babinski; links sind die Sehnenreflexe leicht erhöht; collateraler Patellarreflex (von links auf rechts); Bauchreflex fehlt rechts.

Allgemeine Hypertonie bei allen passiven Bewegungen; in vollständiger Ruhe scheinen indessen die Muskeln des Oberarmes, des Ober- und Unterschenkels abnorm schlaff; die betreffenden Gliedtheile legen sich der Unterlage, auf der sie ruhen, viel flacher an, wie auf der gesunden Seite.

Nach 7 Tagen werden mit der linken (gesunden) Hand Knöpfe richtig auf- und zugemacht. Die allgemeine Antwortbewegung (Oeffnen und Schliessen der linken Hand) ist verschwunden; sie verwechselt bei der Innervation noch Daumen und Zeigefinger der linken Hand. Im Uebrigen wie vorgestern.

Nach 9 Tagen derselbe Befund. Bei Aufforderung Bewegungen mit den gelähmten Gliedmaassen zu machen, kommen symmetrische Mitbewegungen zum Vorschein; nicht umgekehrt.

Nach 13 Tagen. Die Bewegungen der linken gesunden Hand sind alle möglich; als Antwortzeichen benutzt sie aber die Handöffnung (ja) und die Handschliessung (nein) immer falsch oder gar nicht, und zeigt eine gewisse Verlegenheit. Tonus wie früher.

Nach 19 Tagen. Der Widerstand bei passiven Bewegungen während der Untersuchung wechselnd: im Anfang mehr überwiegend bei passiver Vorderarmbeugung und Unterschenkelstreckung, ist nach einer halben Stunde eher

Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

das Verhältniss zwischen Flexoren und Extensoren umgekehrt. Willkürliche Bewegungen noch vollständig unmöglich in den rechten Extremitäten.

Nach 23 Tagen. Die rechtsseitige Facialisparese bedeutend gebessert. Das rechte Auge kann noch nicht einzeln geschlossen werden. Zunge gut vorgestreckt, etwas nach rechts deviirend. Reflexe wie früher; Spasmus bei passiven Bewegungen allgemein, namentlich stark in den Beugern des Unterschenkels.

Nach 25 Tagen. Hypertonus insbesondere in den Vorderarmbeugern und Oberschenkeladductoren; viel weniger stark in Flexoren und Extensoren des Unterschenkels. Starker Schmerz in Hüft- und Kniegelenk bei passiven Bewegungen.

Nach 37 Tagen. Active Beweglichkeit in den rechten Extremitäten: Ganz leichte Beugung des Vorderarmes, minimale Streckung desselben; Adduction, Abduction, Vor- und Hinterwärts-Bewegung des Oberarms im Schultergelenk, alle etwa 30°; all' diese Bewegungen kraftlos. Das Bein wird ca. 15° gestreckt gehoben; die Beugung im Knie nur möglich bis 135°; ganz leichte Ab- und Adduction des Oberschenkels. Fuss- und Handbewegungen vollständig unmöglich.

Facialisparese nur noch beim Mundspitzen und Augenschliessen merkbar; Zunge noch ganz wenig nach rechts beim Vorstrecken. Leichter Nystagmus. Reflexe wie früher.

Nach 44 Tagen. Die Hand wird beständig in Pronation gehalten, die Finger leicht flectirt, der Daumen eingeschlagen, die Hand in Mittelstellung. Activ sind möglich:

Vorderarmbeugung und -Streckung fast total, aber mit wenig Kraft.

Oberarmabduction etwa 45°, immer mit leichter Bewegung nach vorne; nach passiver Abduction wird die Adduction ziemlich unregelmässig ausgeführt: zuerst contrahirt sich der mittlere Theil des Deltoideus, so dass der Arm stehen bleibt; der Deltoideus erschlafft dann, während sich Pectoralis und Latissimus dorsi abwechselnd contrahiren; zuletzt wird der Arm nach vorne adducirt.

Schulterhebung nur gering, unter Adduction des Oberarmes nach hinten.

Das Bein wird in toto etwa 30° gestreckt gehoben unter Dorsalflexion des Fusses. Bei willkürlicher Beugung des Fusses gleichfalls Hebung des ganzen Beines. Beugung des Unterschenkels fast ganz unmöglich; es spannen sich alle Muskeln des Kniegelenkes — auch die Beuger — an, nnd das Knie wird gestreckt gehalten.

Nach 65 Tagen. Noch immer ist bei passiven Bewegungen kein Unterschied zwischen Beugern und Streckern nachweisbar.

Willkürliche Bewegungen ziemlich wie oben. Bei dem Versuch eine Faust zu machen, wird immer der Vorderarm gebeugt, der Oberarm adducirt.

Nach 79 Tagen. Vorderarmbeuger und Unterschenkelstrecker zeigen etwas grösseren passiven Widerstand als die im entgegengesetzten Sinne wir-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kenden Muskeln. Das Gehen ist in den letzten Tagen wieder geübt. Reflexe wie früher.

Nach 93 Tagen. Noch immer wird die Hand weder geöffnet, noch geschlossen. Vorderarmbeugung und -Streckung verbessert. Der Oberarm wird nicht bis zur Horizontale gehoben.

Flexion des Unterschenkels nach einiger Uebung in Seitenlage möglich bis nahezu 90°. In Rückenlage macht sie auf Commando: „Kniebeugen" immer: Oberschenkelbeugung, Fussdorsalflexion, Grosszehenextension; das Knie bleibt gestreckt.

Nach 97 Tagen. Es werden heute die zurückgekehrten Willkürbewegungen näher geprüft.

Vorderarmbeugung und -Streckung werden beide mit etwas grösserer Kraft ausgeführt. Die Streckung wird aber — in Rückenlage — wenn man die Patientin ohne Weiteres dazu auffordert, nur sehr schwierig, langsam, unter fortwährendem Wechsel in der Contraction von Beugern und Streckern — zu Ende gebracht.

Unterstützt man hingegen, während die Patientin in Rückenlage liegt, den Oberarm, so erfolgt die Streckung des Vorderarms ganz prompt. Mit der Beugung des Vorderarmes wird die Patientin schon etwas besser fertig; ohne Fixirung des Oberarms durch die Hand des Untersuchenden gelingt aber auch diese Bewegung weniger glatt; es wird dann der Ellbogen ziemlich fest gegen die Unterlage gedrückt. In aufrechter Haltung der Kranken erfolgt die Flexion des Vorderarmes — wenn der Arm vorher frei herabhing — unter Adduction des Oberarmes nach vorne oder, insbesondere, nach hinten.

Handschliessung und -Oeffnung beide nur angedeutet. Im Handgelenk erfolgt Beugung leichter als Streckung; der letzteren wird deutlich durch die Contractur der Fingerbeuger entgegen gearbeitet. Beim Versuch zum Faustmachen ist keine Andeutung von Handstreckung vorhanden; ebenso wenig ist der Versuch zur Handöffnung begleitet von Flexion im Handgelenk.

Streckung und Beugung in den unteren Extremitäten wie früher.

Rotationen im Hüftgelenk unmöglich, Adduction des Oberschenkels, nach passiver Abduction, wird, wenn auch kraftlos, gemacht; Abduction wird gemacht, wenn das Bein extendirt gestützt wird.

Nach 112 Tagen. Zu den obigen Bewegungen sind jetzt noch Rotation nach innen und nach aussen im Hüftgelenk gekommen, die letztere Bewegung bestimmt kräftiger. Ab- und Adduction des Oberschenkels merkbar gebessert. Der Formunterschied in Ruhelage zwischen gesunder und kranker Seite in Bezug auf die Vergrösserung des transversalen Durchmessers im Oberschenkel und Waden des paretischen Beines besteht noch immer sehr deutlich wie im Anfang.

Es musste jetzt durch äussere Umstände die weitere Beobachtung dieses Falles abgebrochen werden; sie genügt indessen für den Nachweis der Entwicklung und langsam sich vollziehenden Veränderung einer hemiplegischen Bewegungsstörung.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ich will hier gleich eine andere Beobachtung eines Falles anreihen, wo der Residuärzustand bereits bei der ersten Untersuchung entwickelt war.

Fall II.

W. K., 29 Jahre[1]) erlitt vor 5 Jahren während oder nach einer acuten Nephritis (welche nachher ausheilte) eine Apoplexie; rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie. Die letztere verschwand nach ca. 14 Tagen. Nach etwa sechs Wochen soll die willkürliche Beweglichkeit im Beine, nach 10 Wochen diejenige im Schultergelenk zurückgekehrt sein. Nach 3 Monaten erlernte er wieder das Gehen.

Die neurologische Untersuchung ergab folgende Abweichungen: Linke Pupille eine Spur kleiner als die rechte; linke Augenspalte ebenfalls. Linker Mundfacialis leicht paretisch (Augen werden beide einzeln geschlossen). Zunge deviirt kaum merkbar nach links.

Die Sprache ist in Bezug auf die Lippen- und Zungenconsonanten um ein Weniges unschärfer als normal.

Der rechte Arm ist in typisch-hemiplegischer Haltung. Die Hebung der Hand zum Kopf erfolgt unter Abduction des Oberarmes, etwas nach hinten; der Vorderarm wird activ gebeugt und gestreckt; beides aber etwas langsam; namentlich die Streckung unter gleichzeitiger zu starker Contraction der Vorderarmbeuger, so dass die Extension stossartig geschieht.

Handöffnung ganz, Schliessung fast ganz unmöglich, abgesehen vom passiven Zug; Dynamometer = 0. Einzelbewegungen der Finger aufgehoben. Umfang: Oberarm rechts = links; Vorderarm rechts = 25 cm, links = 28 cm.

Elektrische Erregbarkeit etwas herabgesetzt im paretischen Arm. Das rechte Bein ist in Extensionscontractur; in den grossen Gelenken werden alle Bewegungen activ ausgeführt, auch Kniebeugung; die letztere mit erheblich geringerer Kraft als die Streckung.

Es werden die Zehen activ flectirt und extendirt. Strümpell's Phänomen.

Alle Sehnenreflexe rechts erhöht; Fussclonus, Patellarclonus, Babinski nach einigen Stichreizen, Hautreflexe normal.

Schon nach 14 Tagen, bei geeigneter Behandlung, ergab der Händedruck einen Dynamometerausschlag von 6 kg, welcher nach weiteren 4 Wochen zu 21 kg anstieg (rechts 38 bis 40 kg).

Indessen lernte er auch allmählich die rechte Hand, wenn nicht gleich zuvor die Beuger zu viel angestrengt waren, öffnen; die Vorderarmstreckung erfolgte immer etwas prompter; der Arm wurde fast vertical gehoben, aber immer noch unter Abduction des Oberarmes. Im Bein blieb die Motilität im Wesentlichen gleich.

Es ist noch zu erwähnen, dass die Sensibilität stets vollständig intact war; auch das Muskelgefühl in den paretischen Gliedern, auch die Stereognosie, sowie alle Sinnesorgane.

---

1) Aus der Züricher Universitätspoliklinik f. Nervenkr.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wenn wir an der Hand der beschriebenen Fälle die Motilität der hemiplegischen Körperhälfte näher betrachten, so ergiebt sich: 1. in Bezug auf die Haltung: Diese hat auch in frischen Fällen schon ziemlich bald die Tendenz zum Residuärtypus. Mit dem Unterschiede aber, dass es hin und wieder Zeiten giebt, wo die Gelenkstellung, z. B. im Ellbogen gerade dem Bleibenden entgegen gesetzt ist (Extension); ohne ersichtlichen Grund findet man öfters Wechsel in der Position.

2. In Bezug auf den Widerstand bei passiver Bewegung, dass derselbe während der Entwicklung des definitiven Zustandes für die verschiedenen Bewegungen ziemlich gleich sein kann. So ist am 65. Tage des ersten Falles noch die Gleichheit des passiven Widerstandes bei Flexionen und Extensionen notirt. Im zweiten Falle war bei der ersten Untersuchung der passive Widerstand der contracturirten Muskeln — also bei den der Contractur entgegengesetzten Bewegungen — beträchtlich höher als derjenige der nicht contractuirten; indessen war später diese Differenz eine viel weniger in die Augen fallende.

3. In Bezug auf die willkürliche Beweglichkeit verschiedenes. Die Sonderbewegungen der einzelnen Finger sind vollständig aufgehoben; die Bewegungen in den übrigen grösseren Gelenken sind aber vielmehr nur modificirt. Merkwürdig ist vor Allem, dass im ersten Fall Vorderarmbeugung und -Streckung acht Tage nach einander (am 37., resp. 45. Tag) zurückkehrten, während im zweiten Fall die Vorderarmstreckung schon bei der ersten Untersuchung, wenn auch ungeschickt, ausgeführt, wurde.

Ich will hier gleich bemerken, dass ich für die Darstellung des residuären Typus einen ziemlich leichten Fall gewählt habe, weil hier die verschiedenen Störungen mehr oder weniger in Nuce alle vorzufinden sind, während man andererseits gerade hier durch die relative Restitution besser im Stande ist, das Verhalten der hemiplegischen Bewegungsstörungen zur normalen Motilität im Allgemeinen zu würdigen. Denn gerade in der Art, in der die erhaltenen und wieder erlernten Bewegungen zu Stande kommen, ist das Wesentliche, nach meiner Meinung, zu sehen.

Ausser den definitiv verlorenen Zielbewegungen, ist keine einzige Bewegung hier gänzlich aufgehoben. Nur haben alle erhaltenen motorischen Leistungen gegenüber früher eine Einbusse erlitten, wenn auch in verschiedenem Maasse.

Ich habe schon erwähnt, wie in beiden Fällen die Vorderarmextension unter übermässiger Contraction der Vorderarmbeuger ausgeführt wurde; um dennoch die Streckung zu erreichen, mussten absatzweise die Beuger erschlaffen; die Bewegung kam dadurch nie fliessend zu

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stande; aber auch die Beugung des Vorderarmes wird, namentlich im ersten Falle, nicht ohne Complication ausgeführt, wenn der Oberarm nicht passiv unterstützt wird: es wird dann immer der Oberarm nach hinten, seltener nach vorne, adducirt. Ganz regelmässig, und bei fast jeder Hemiplegie, auch derjenigen leichteren Grades, aufzufinden ist die Abduction — gewöhnlich etwas nach hinten — wenn die Hand nach dem Kopf geführt werden soll.

Beim Gesunden vollzieht sich diese Bewegung ganz fliessend: der Vorderarm, — eventuell auch die Hand in Supination — wird rechtwinklig flectirt; während der weiteren Flexion wird der Oberarm etwas nach vorne gehoben und etwas adducirt.

Beim Hemiplegiker hingegen wird schon während der Beugung des Vorderarmes die Schulter nicht fixirt, sondern wird, wie beim ersten Falle bereits erwähnt, der Oberarm nach hinten geführt; bei der Hebung der Hand nach der Nase wird er nach aussen gehoben.

Die für den normalen Menschen ganz einfache Bewegung findet beim Hemiplegiker unter unnützer motorischer Verschwendung statt.

Etwas Aehnliches findet man an der unteren Extremität. Als der Kranken des ersten Falles am 44. Krankheitstage aufgegeben wurde, das Knie zu beugen, spannte sie die Strecker und Beuger des Unterschenkels an, und eine Flexion wurde nicht erreicht.

Erst nachdem diese Bewegung mehrere Tage, namentlich in Seitenlage (auf der gesunden Seite) geübt worden war, wurde sie allmählich erlernt; sie erfolgte aber bis zuletzt in derselben Weise wie die Vorderarmstreckung, und wie die nämliche Bewegung beim zweiten Patienten im Anfange der Behandlung. Weiter gehört hierher die Dorsalflexion des Fusses bei Beugung des Beines im Hüftgelenk. Bekanntlich ist die Erscheinung von Strümpell zuerst genauer beschrieben worden; sie ist von demselben Gesichtspunkte aus zu betrachten wie die anderen hier genannten „Luxus"-Bewegungen. Nur ist noch bemerkenswerth, dass sie im ersten Falle auch erfolgte bei der Hebung des gestreckten Beines, und dass umgekehrt die Dorsalflexion des Fusses dieselbe Hebung ebenfalls regelmässig zur Folge hatte; zu diesen beiden Bewegungen gesellte sich übrigens stets noch die Grosszehenextension.

4. Die Sehnenreflexe verhielten sich in der üblichen Weise: sie waren stark erhöht; Babinski's-Oppenheim's Phänomen im ersten, das erstgenannte Phänomen (nach mehreren Reizen) im zweiten Falle. Nur muss noch bemerkt werden, dass im ersten Falle gleich von Anfang an die Erhöhung der Sehnenreflexe, ebenso wie auch der grössere passive Widerstand, sich vorfand. Bekanntlich bildet dieser Befund nicht eine feste Regel.

Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

5. Die äussere Form der einzelnen Gliedabschnitte war im ersten Falle bis zum Ende der Beobachtung in Vergleich mit derjenigen der gesunden Seite in Ruhelage verbreitert; die betreffenden Muskeln hatten mit der Unterlage eine grössere Contactfläche.

Im zweiten Falle war keine Spur davon zu finden.

II.

Auch wenn die äussere Erscheinung einer Hemiplegie vollständig genau und ausreichend analysirt wäre, würde man doch noch immer bei der Interpretation, namentlich der nervösen zu Grunde liegenden Ursachen, eine gewisse Unsicherheit empfinden, und diese Unsicherheit würde ganz gewiss Erklärungshypothesen zu Tage fördern.

Nun wird natürlich jede Hypothese mehr oder weniger pour le besoin de la cause gemacht; und der früheren, anfangs schon kurz erwähnten, haftet dieses Merkmal ganz deutlich an.

Viel weniger scheint dies der Fall zu sein mit der angeführten Theorie Mann's, welche sich ja zum Theil auf physiologische Experimente über Hirnrindenreizung stützt, und mit diesen sich theilweise in Einklang befindet. Wegen des grossen Interesses der Sache, sowie wegen der sehr verbreiteten Anerkennung, welche der Mann'sche Erklärungsversuch gefunden hat, sei es mir gestattet, auf denselben etwas näher einzugehen, ohne zunächst die Ergebnisse meiner eigenen Untersuchung und Ueberlegung in den Vordergrund zu schieben.

Die Richtigkeit des Nachweises der gegenseitigen Beziehungen der contracturirten und der gelähmten Muskeln sei vorläufig angenommen. Wie bereits gesagt wurde, soll nach Mann der Grund dieses Gegensatzes liegen in der Eigenschaft der Pyramidenfasern (welche immer theilweise, nie ganz gestört sein müssen, ohne dass die Läsionsstelle einen wesentlichen Einfluss hätte) zugleich Erregungsimpulse für die Agonisten, Hemmungsimpulse für die Antagonisten zu leiten. Offenbar ist diese Annahme gar kein zwingender Schluss; nur würde sie sich ganz gut in Einklang befinden mit dem von Mann behaupteten Zustande in der Muskulatur der hemiplegischen Körperhälfte.

Eine eigentliche physiologische Stütze bekommt sie erst durch die Rindenreizungsexperimente von Hering und Sherrington[1]).

Schon etliche Jahre vorher war von Bubnoff und Heidenhain[2]) nachgewiesen worden, dass verschieden starke Reizung einer nämlichen bestimmten Rindenstelle, in einer Muskelgruppe Contraction, bezw.

1) l. c.
2) l. c.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erschlaffung verursacht; Hering und Sherrington zeigten am Affen, dass von bestimmten Punkten des Cortex aus sowohl Verkürzung gewisser Muskelgruppen als auch Erschlaffung ihrer Antagonisten durch den elektrischen Strom sich hervorrufen lasse; weiter, dass sehr schwache Ströme nur den letztgenannten Erfolg erzeugten; während die Antagonistencontraction unterblieb.

Es wären also immer an derselben Stelle localisirt die Activirung einer gewissen Bewegung und die Hemmung der antagonistischen[1]).

In einer einfachen Beobachtung am Lebenden, bez. an sich selber, erblickt Hering die Bestätigung der durch Rindenreizung gefundenen Thatsache, dass bei Contraction der Agonisten die Antagonisten ad maximum erschlaffen. Wenn man durch einen unüberwindlichen Widerstand die Ausführung einer energischen Plantarflexion des Fusses verhindert, fühlt man deutlich die Sehnen auf dem Dorsum pedis, die Dorsalflectoren sich erschlaffen. Die Beobachtung ist zweifellos richtig und lässt sich ebenso leicht bei verschiedenen anderen Bewegungen in den verschiedenen Gelenken nachweisen.

Der Schluss aber, dass bei jeder gewollten Bewegung eine maximale Erschlaffung der Antagonisten dieselbe einleitet, scheint mir indessen nicht gerechtfertigt zu sein. Die ganze Auffassung dieser beiden Erscheinungen — (der central und der peripher gefundenen) — ist entscheidend für, bezw. sie wird beherrscht durch die Begriffsbestimmung der Muskelsynergie.

Es sind natürlich die nervöse Grundlage und die Mechanik der Muskelsynergien gesondert zu betrachten.

Was zunächst die letztere anbelangt, so ist man von jeher gewohnt (und in Mann's Theorie wird dies consequent durchgeführt), bei jeder Bewegung zu sprechen von agonistisch und antagonistisch wirkenden Muskeln. Man muss sich indessen klar sein, dass dieser Gegensatz ein rein künstlicher ist, ja dass er eigentlich den wirklichen Verhältnissen nicht genügend Rechnung trägt. Ich wüsste wenigstens nach genauer Prüfung nicht zwei Extremitätenmuskeln zu nennen, welche einander genau entgegengesetzt arbeiteten. Es wäre daher nur von antagonistischen Bewegungen zu reden.

Nun war man seit Duchenne[2]) gewöhnt als Postulat für das regelrechte Zustandekommen einer gewollten Bewegung die gleichzeitige

1) Es leuchtet ein, dass die Ansichten der genannten Autoren sich vollkommen widersprechen; ich habe aber aus den Publicationen nicht den Eindruck gewonnen, dass bei den Versuchen jeweilen die nämlichen Reizpunkte gewählt wurden.

2) Duchenne, Physiologie des Mouvements. Deutsch von Wernicke.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Innervation zur entgegengesetzten Bewegung zu betrachten, welch' letztere zur Erreichung des motorischen Effectes allmählich nachzulassen hätte.

Nach Hering's Darstellung würde dagegen jede Bewegung eingeleitet werden durch die maximale Erschlaffung der entgegengesetzt arbeitenden Muskeln. Nun ist aber jede Bewegungsform, mag sie auch noch so einfach sein, immer das Product einer Synergie; und es wäre einseitig, wenn man nur die auffallend activen Muskeln als an der Synergie betheiligt ansehen würde[1]). Wenn man z. B. den Vorderarm, während die Hand in Mittelstellung herabhängt, beugen will, ohne weitere Bewegungen zu machen, so müssen erstens die Schulter und der Oberarm fixirt werden, um den Flexionsmuskeln für den Vorderarm den festen Stützpunkt zu gewähren, und die Vorwärtsbewegung des Oberarmes, — in Folge der Bicepscontraction — zu verhindern.

Weiter muss zur Einhaltung der Mittelstellung, in der sich die Hand befindet, der Supinationsneigung des Biceps, durch die Pronatoren entgegen gewirkt werden; endlich müssen die Vorderarmstrecker allmählich erschlaffen zur Ermöglichung der vorgenommenen Bewegung überhaupt, insbesondere aber auch mitarbeiten zur Einhaltung der Vorderarm-Handstellung.

Der Antheil der Vorderarmuskeln, obwohl weniger bedeutend, ist natürlich auch im Auge zu halten. Nun findet die Vereinigung aller genannten Muskeln zum motorischen Effect selbstverständlich nicht einfach nach dem Schema Agonist-Antagonist statt; vielmehr wechselt von Moment zu Moment bei jeder kleinsten Stellungsänderung die absolute und relative Rolle der sich betheiligenden Muskeln und Muskelantheile. Bei der gegenübergesetzten Bewegung, der Vorderarmextension, werden alle, bei der Flexion in Anspruch genommenen Factoren auch wieder benützt; nur ist ihr gegenseitiges Verhalten, ihr relativer dynamischer Werth zum Theil ein ganz anderer; eine andere Synergie arbeitet hier.

Nach meiner Betrachtungsweise wäre also eine Synergie nicht abzuleiten aus der Wirkungsweise derjenigen Muskeln, deren Contraction am augenfälligsten die geforderte Bewegung hervorbringt, sondern aus dem Zusammenwirken sehr verschiedener Muskelgruppen, Muskeln und Muskeltheile, — deren Hauptfunction zum Theil übrigens eine ganz andere sein kann — zu einem bestimmten motorischen Effect. Die Wirkungsweise der sogenannten antagonistischen Muskeln betrachte ich also als einen integrirenden Bestandtheil der Synergie selber. Wenn ich von der Wirkungsweise der sogenannten Antagonisten rede, befinde ich mich in Gegensatz zu Hering und zu seiner Deutung der Erschlaffung

1) Vergl. die rotatoren und collateralen Synergisten Förster's.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der dorsalen Fusssehnen bei behinderter Plantarflexion. Ich glaube nämlich, dass der von Hering aus dieser Beobachtung gezogene Schluss unrichtig ist. Sein Nachweis gelingt nämlich nur, wenn man den unüberwindlichen Widerstand benützt.

Wie ich auch gesucht habe bei den verschiedensten Versuchsobjecten, Menschen und Thieren, es ist mir niemals gelungen bei einer normalen, physiologischen, in ihrem Zustandekommen nicht behinderten Bewegung den fraglichen Nachweis zu führen.

Die Erklärung liegt nach meiner Meinung in dem Widerstand gegen die motorische Leistung. Bei der physiologischen, unbehinderten Bewegung geht Hand in Hand mit der fortschreitenden Contraction, eine allmähliche Erschlaffung gewisser anderer Muskeln, bezw. Muskeltheile; wenn der Bewegungseffect erreicht ist, dann ist auch die grösste Erschlaffung der sogenannten Antagonisten eingetreten; dieser Zustand der maximalen Relaxation wird, bei behinderter Ausführung der Bewegung, gewissermaassen anticipirt, weil die zum Effect hauptsächlich herangezogenenen Muskeln durch das Hinderniss nicht nur sofort zur maximalen Contraction gebracht werden (während bei den gewöhnlichen Bewegungen diese Contraction allmählich anschwellend erfolgt), sondern auch die die Bewegung gewissermaassen abstufenden Muskeln, die sogenannten Antagonisten, zur womöglichen Erleichterung der Contraction, bezw. der Ueberwindung des Widerstandes, auch von Anfang an maximal erschlaffen. Nach meiner Meinung ist also das Beispiel gerade unphysiologisch, die Innervation bei dieser Bewegung ist eine abnorme; es muss, wenn unter diesen Umständen der motorische Effect dennoch erzielt wird, eine abnorme, uncoordinirte Bewegung zu Stande kommen. Und dies ist thatsächlich der Fall.

Wenn, um beim nämlichen Beispiel zu bleiben, der Widerstand plötzlich beseitigt wird, so folgt der Fuss übermässig dem Zuge der Plantarflectoren; es werden aber, entweder schon während der Bewegung, oder wenn diese zu schnell von statten geht, unmittelbar nachher, die Dorsalflectoren contrahirt, welche Contraction zwar keinen Bewegungseffect hat, aber doch ein Hinweis ist auf die natürliche Function dieser Muskeln bei der normalen Plantarflexion, nämlich die der allmählichen Contractionsverminderung.

Wenn meine Auffassung der synergischen Wirksamkeit der sogenannten Antagonisten richtig ist, muss auch die bei Rindenreizung zu Tage tretende Erscheinung keinen Widerspruch gegen diese enthalten.

Nun lässt sich offenbar die von einem Punkte aus zu erzielende Contraction der Agonisten und Relaxation der Antagonisten gerade so gut deuten als zwei Bestandtheile derselben Synergie, als, wie

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hering es annimmt, die Activirung der einen, die Hemmung der conträren Muskelgruppe. Nur bliebe zu erklären, warum die „antagonistische" Erschlaffung auch einzeln zu erreichen ist, warum diese (bei schwachen Strömen) schon auftritt vor der Agonistencontraction. Die Frage geht ganz parallel derjenigen, die gestellt wurde bei der Analyse der Muskelwirkung am Gliedtheil.

Auch hier ist die Antwort eine gleichartige: gerade wie dort durch Einschaltung eines unüberwindlichen Widerstandes, der Fussstreckung eine abnorme Aufgabe gestellt wurde, deren Folge eine abnorme, i. e. uncoordinirte Muskelthätigkeit war, so wird auch hier durch den elektrischen Strom die Gehirnrinde inadaequater Weise gereizt, wodurch eine Bewegung erzeugt wird, die der physiologischen, gewollten, nicht gleich zu stellen ist.

Es ist ausser jedem Zweifel, dass für die Localisation von Bewegungen gewisser Gliedtheile die Gehirnrindereizung von der allergrössten Bedeutung gewesen ist; auch haben die Reizversuche ihren Antheil dazu beigetragen, festzustellen, dass in der Rinde nicht die Bewegungen einzelner Muskeln, sondern nur Bewegungsformen, verwickelte Synergien vertreten sind. Ueber die Art dieser Vertretung herrscht indessen, wie mir scheint, noch immer manches Missverständniss. Wenn man absieht von denjenigen, deren Zustandekommen nach vielfältiger Erfahrung nur möglich ist, durch unmittelbare Mitwirkung der Regio Rolandica (im Allgemeinen die feineren Zielbewegungen und Fertigkeiten), so kann man von den übrigen, allen gröberen —, phylogenetisch alten Einstellungsbewegungen etc, — nur soviel sagen, dass es für diese im Cortex gewisse, ziemlich eng umgrenzbare Stellen giebt, von welchen sie am leichtesten in Gang zu setzen sind. Für viele dieser Bewegungen, damit sie wenigstens im Rohen ausgeführt werden können, ist, wie bekannt, der Cortex nicht unumgänglich nothwendig. Es wird diese Thatsache übrigens auch bestätigt durch den Nachweis, dass der elektrische Reiz, auch wenn er in der inneren Kapsel angreift, die nämlichen Bewegungen, wie vom Cortex aus, in der Regel auszulösen vermag. Ja selbst bei noch mehr distal angewendetem elektrischen Reiz werden immer wieder synergische Bewegungen zur Ausführung gebracht; nur nehmen die Bewegungen einen stetig primitiveren Charakter an, und nähern sich den Grundbewegungen (Einstellung der Gelenke), je mehr man sich vom Kopfende entfernt.

Ich führe dies Alles deshalb etwas umständlicher aus, weil von einer Localisation schlechthin im Cortex nur dann die Rede sein kann, wenn man bei der Beurtheilung von Rindenreizungserfolgen sich stets bewusst ist, dass man durch die Application eines Reizes am Cortex

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

immer eine zusammengesetzte Reihe von niederen — subcorticalen und spinalen — Centren in Action versetzt. Nun ist man aber keineswegs berechtigt, die durch Elektrisirung des Cortex erzeugten Bewegungen stets den normalen gewollten Bewegungen gleich zu setzen. Im Gegentheil, es leuchtet ohne Weiteres ein, dass der Impuls zur physiologischen Bewegung das Zusammenwirken einer ganzen Kette centripetaler sowie intracorticaler Neuronencomplexe zur Voraussetzung hat. Dieser normale, unendlich complicirte Antrieb zur Ausführung einer intendirten Bewegung, wird durch den elektrischen Strom häufig einfach bei Seite geschoben, gewissermaassen ignorirt, und der ausgelöste motorische Act kann dem physiologischen unmöglich genau an die Seite gestellt werden; es mögen wohl die Hauptbestandtheile des letzteren auch im ersteren vertreten sein, der feinere Ausbau, die eigentliche Nüancirung der Bewegung bleibt aber aus; es kommt da eher ein künstliches Schema als die wirklich physiologische Bewegung selber zu Stande. Es fehlt also für die durch Cortexreizung artificiell hervorgerufene Bewegung die intracerebrale und intracorticale Vorarbeit; und in dieser Thatsache erblicke ich den Grund des vom Physiologischen abweichenden Charakters der in dieser Weise erzielten Bewegungen; hierin auch das Motiv, dass bei ganz schwacher Reizung nur ein Bruchstück der Synergie zur Ausführung gelangt.

III.

Das im Vorgehenden Ausgeführte nach Anlass von Mann's Theorie ergiebt zunächst folgendes Resultat: bei der Hemiplegie muss jede Bewegungsform der getroffenen Körperhälfte, so weit sie nicht gleichseitig vom Centrum ausreichend innervirt wird, eine Einbusse erfahren; entweder wird sie vollständig und bleibend unmöglich gemacht — das gilt für diejenigen Synergien, die direct und ganz abhängig sind von der regelrechten Verbindung einer unversehrten Regio Rolandica mit der Peripherie —, oder sie wird modificirt durch den Verlust ihrer Grosshirncomponente. Was hier von der Motilität gesagt ist, gilt natürlich mutatis mutandis für alle andere Symptome: Tonus, Reflexe, Sensibilität etc.

Betrachten wir aus diesem Gesichtspunkte die verschiedenen Erscheinungen in den successiven Stadien einer Hemiplegie, bei welcher, wie es ja thatsächlich häufig der Fall ist, die Sensibilität auf die Dauer ganz oder fast ganz normal ist, so ergiebt sich Folgendes:

Es tritt in Folge einer Blutung ein apoplectischer Insult auf. Der Kranke liegt in tiefem Coma. Das Tieferhängen des linken Mundwinkels verräth den vermuthlichen Sitz der Lähmung.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Linke Extremitäten ganz schlaff-paralytisch. Sehnenreflexe links erloschen; auch die Hautreflexe. Die Reflexe der anderen Seite schwach; auch hier ist der Tonus vermindert. Es kann nicht geschluckt werden, die Athmung der linken Seite bleibt etwas zurück gegen die der rechten; Bauchmuskulatur beiderseits gleich.

Die Muskeln des Oberschenkels, Unterschenkels, Oberarmes und Vorderarmes ruhen breiter auf der Unterlage links als rechts.

Am nächsten Tage sind alle vorhergehenden Symptome noch da, nur ist das Coma weniger tief, es wird etwas schwierig geschluckt; der Patellarreflex links ist schwach auszulösen; keine Hautreflexe aber; auch kein Fusssohlenreflex. Athmung symmetrisch.

In diesem ersten Stadium eines banalen Hemiplegiefalles, welcher mit dem Tode endete, ist eigentlich von einem Fehlen der Grosshirncomponente kaum zu reden. Es ist die ganze nervöse Repräsentation der einen Körperhälfte einfach lahmgelegt. Die plötzlich eintretende Blutung, welche wohl in allererster Linie die Pyramidenbahn betraf, hat den ganzen motorischen Betrieb ausser Function gestellt. Es ist dies ein typisches Beispiel der von v. Monakow sogenannten Diaschisiswirkung.

Es wird im Allgemeinen der Zustand unmittelbar nach einer acut eintretenden Hemiplegie aufzufassen sein als die Resultante der Folgen der an Ort und Stelle der Läsion hervorgebrachten Unterbrechungen und der Diaschisis. Aus den ersteren schält sich nach und nach der Residuärzustand heraus; die letztere, wenn ihr auch zweifellos eine gewisse Gesetzmässigkeit zukommt, macht sich, ganz allgemein gesprochen, vor Allem im Anfange geltend.

Die durch sie bedingten Betriebsstörungen sind indessen gar nicht ausschliesslich — oder auch nur hauptsächlich — beschränkt auf die mit der getroffenen Pyramidenbahn in engerem Connex stehenden nervösen Verbindungen.

Im ersten, eingangs dieses Aufsatzes erwähnten Falle, fehlten zwar die Symptome der schlaffen Hemiplegie auch direct nach dem Trauma vollständig. Dagegen war wahrscheinlich die complette Berührungsanästhesie[1]) durch die Diaschisis verursacht; ganz sicher scheint mir das der Fall mit der „Gebrauchsunfähigkeit" der Extremitäten der gesunden Seite; es war der Patientin in den ersten Tagen völlig unmög-

1) Die Berührungsempfindlichkeit kehrte allmählich von der Mittellinie des Rumpfes nach den distalen Extremitätentheilen zurück, bis auf bleibende Anästhesie der Hände und der Füsse. Vgl. auch F. Müller: Ueber Störungen der Sensib. b. Erkr. d. Geh. Volkm. Vortr. 118/119.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lich mit der vollständig beweglichen linken Hand ein zuvor verabredetes Symbol für „ja“ oder „nein“ zu machen; sie selber empfand es peinlich, der einfachen Aufforderung nicht genügen zu können; die Hand wurde stets schnell geöffnet und geschlossen, als Zeichen ihrer Rathlosigkeit.

Offenbar hatte hier die Blutung in solchem Maasse die Commissurenfasern zur rechten Hemisphäre lädirt, dass diese, einer normalen wichtigen Erregungsstelle, bezw. Verbindung, beraubt, temporär das nervöse Gleichgewicht verlor, wodurch die intracorticalen Innervationsmechanismen bis auf weiteres nicht in richtiger Weise zu Stande kommen konnten[1]).

Andererseits beschränkt sich die Diaschisiswirkung gar nicht nothwendig auf den Anfang des Leidens. Insbesondere ist das der Fall, wenn abhängig von der Natur der Krankheit, veränderliche Zustände in der Umgebung des Herdes die Folgen sind, sodass Druck- und Circulationsveränderungen der engeren oder weiteren Nachbarschaft immer wieder neue Spaltungen verursachen oder die alten unterhalten.

Speciell in gewissen Fällen von Tumor oder starken arteriosklerotischen Veränderungen der Hirnarterien sieht man diese Erscheinungen auftreten.

Es sei hier beiläufig bemerkt, dass solche Erscheinungen dort sehr schön zu studiren sind, wo Diaschisis besteht, in Folge von Hirnveränderungen, ohne hemiplegische Symptome; man kann dann solche gleichsam isolirt verfolgen. Hieher gehören z. B. die verschiedenartigen Befunde unmittelbar nach einem starken epileptischen Anfall. Ich habe in der letzten Zeit z. B. in Bezug auf die Reflexe bei Epileptischen ganz beträchtliche Differenzen beobachtet, welche nur zu erklären sind als Symptome einer Ab- oder Anwesenheit einer Diaschisis in der angedeuteten Richtuug.

Meistens sind die Patellarreflexe beiderseits erhöht; die Streichreflexe der Fusssohle etwas herabgesetzt; indessen beobachtete ich auch Fälle, wo nach einer Reihe von starken Anfällen die Patellarreflexe beiderseits bei völlig erschlafften Oberschenkelmuskeln gar nicht auszulösen waren, ja, wo selbst jede Andeutung eines Fusssohlenreflexes fehlte; in beiden von mir beobachteten Fällen (genuine Epilepsie) stellte sich indessen nach ca. 2 Minuten der Patellarreflex wieder her und

1) Bemerkenswerth ist, dass hier, wie in manchen anderen Fällen, die Asymbolie die Folge war einer allgemeinen, bilateralen Störung und weiter, dass dieses Symptom sich Hand in Hand mit dem Zurücktreten der Allgemeinerscheinungen wieder verlor.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das Streichen der Fusssohle wurde erst nach etwa 5 Minuten beantwortet mit Anziehen des Oberschenkels an den Körper; die normale Beugung der Zehen erfolgte hier erst viel später.

Gleichartige Erscheinungen habe ich öfters nach apoplectiformen und epileptiformen Insulten bei Paralytikern[1]), auch wenn nach wenigen Tagen keine Spur einer eigentlichen Lähmung mehr vorhanden war, beobachtet. Es scheint aber die Diaschisis sich in sehr verschiedener Ausdehnung auf die subcorticalen und spinalen Centren geltend zu machen, ohne dass man vorläufig wenigstens eine Constanz nachzuweisen im Stande wäre.

In jüngster Zeit beobachtete ich z. B. folgenden Fall:

Patientin C. v. B. hatte, nach den anamnestischen Daten, vor drei Monaten eine rechtsseitige, complette Hemiplegie erlitten; über die Art der Zurückbildung war nichts zu ermitteln.

Als ich sie untersuchen konnte, war von den motorischen hemiplegischen Erscheinungen nur noch eine gewisse Steifigkeit bei passiven Bewegungen im rechten Ellbogengelenk nachweisbar; indessen war auch im linken Arm der passive Widerstand erhöht. Die Reflexe waren beiderseits gleich. Das einzige motorische Symptom[2]), das auf die Erkrankung der linken Gehirnhälfte deutete, war die ausgeprägte Formveränderung des Oberschenkels und der Wade der rechten Seite. Bekanntlich hat schon Heilbronner[3]) auf diese Erscheinung hingewiesen und namentlich das von ihm sogenannte „breite Bein" geschildert. Ueber die Erklärung dieses Symptoms, das bei frischen Hemiplegien wohl regelmässig, in älteren Fällen je nach Umständen sich zeigt, wird

1) Im Verlaufe der Paralyse beobachtet man übrigens auch dann und wann, ohne dass ein Insult vorausgegangen wäre, das Fehlen der Patellarreflexe, auch wenn tabetische Erscheinungen fehlen. Ich hatte selbst Gelegenheit einen Fall zu beobachten, wo während eines Monats der Kniereflex links fehlte, rechts vorhanden war; der Zustand war noch derselbe bis eine halbe Stunde vor dem Tode, der in Folge einer Enteritis acuta eintrat. Die Section zeigte keinerlei tabetische Veränderungen, sondern eine deutliche Structurveränderung, an den Vorderhornzellen — insbesondere, aber nicht ausschliesslich, im Nucl. anterior und Nucl. lateralis — des Lumbalmarkes. Wovon diese Veränderungen, welche speciell im Fibrillenbild sich zeigten, der anatomische Ausdruck sind, möchte ich vorläufig unentschieden lassen. Eine Beschreibung des anatomischen Befundes dieses Falles findet man im Nederl. Tydschrift v. Geneeskunde. 1907. 2. Helft, No. 13.

2) Motorisch in engerem Sinne. Es besteht bei dieser Patientin eine starke (vorwiegend sensorische) Aphasie.

3) K. Heilbronner, Zur Symptomatologie der Hemiplegie. D. Z. für Nervenheilk. Bd. 28.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weiter unten die Rede sein. Ein anderer hierher gehörender Fall ist folgender:

Patient D. M. mit verschiedenen Symptomen eines Hirntumors (rechtsseitige Mundfacialisparese; Zungendeviation nach rechts; epileptiforme Attaquen, theilweise ungefähr nach Jackson'schem Typus, anfangend in den Gesichtsmuskeln rechts; doppelseitige unvollständige Atrophia nerv. opt.; linksseitige Anosmie, progredirende Torpidität, Kopfschmerz spontan und bei Percussion, namentlich auf dem linken Os front.) zeigt für gewöhnlich intacte Motilität aller Extremitäten und allgemein lebhafte Sehnenreflexe. Nur der Cremaster- und Bauchreflex sind rechts etwas schwächer als links. Unmittelbar nach einem Anfall fehlen alle Hautreflexe rechts ganz; die Sehnenreflexe bei ganz schlaffen Muskeln gleich stark; rechts Fussclonus; die rechte Schenkelmuskulatur zeigt das Bild des breiten Beines; schon vier Minuten später ist der rechte Fusssohlenreflex in normaler Weise auszulösen; es folgen in weiteren 2 Minuten Cremaster- und Bauchreflex. Am nächsten Tage zeigt sich vom breiten Beine keine Spur mehr.

Dass hier, wie auch fast nach (in) jedem Insult der „genuinen" Epilepsie, die Pupillen weit und lichtstarr waren, sei nur vollständigkeitshalber erwähnt. Als Diaschisissymptom ist die Erscheinung mir am leichtesten verständlich. —

Es können sich, je nach der Natur des Leidens und der Individualität[1]) des Kranken, auch nach Ablauf des eigentlichen Diachisisstadiums, einzelne Spaltungssymptome verschieden lange zu den sich nunmehr darbietenden Erscheinungen des zweiten Stadiums, jenes der Frühcontracturen, gesellen.

Diese Frühcontracturen und die sie begleitenden übrigen motorischen Symptome sind durch einen gewissen Mangel an Stabilität ausgezeichnet und bilden in sehr vielen Fällen recht eigentlich den Uebergang zum Residuärzustand. Sie sind indessen am besten zu verstehen aus der Analyse dieses letzteren, welche somit zuerst versucht werden möge.

Wie schon wiederholt gesagt, ist die bleibende hemiplegische typische Lähmung charakterisirt durch den Ausfall gewisser, an die ungestörte Function der Regio Rolandica gebundener Bewegungsformen und durch die Beeinträchtigung gewisser Anderen.

1) Ich habe hier auch im Auge den Einfluss der jeweiligen Stimmung des Patienten auf die Erscheinungen. So war z. B. im Falle C. v. B. das breite Bein beträchtlich mehr ausgesprochen, wenn Pat. während der Untersuchung verstimmt oder weinerlich geworden war. Diese von der Psyche aus begünstigte, bezw. entstehende Diaschisis ist meines Erachtens von hervorragender Bedeutung zur Erklärung mancher sogenannter functioneller Störungen.

Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Wir haben bei den letzteren, wie oben ausgeführt, mit Synergien verschiedener Localisation zu thun, welche durch den Verlust einer Componente, der vom Grosshirn gelieferten, geschädigt sind.

Denn — es sei nochmals hervorgehoben — nicht die Synergie als Ganzes ist in der Rinde in dem Maasse vertreten, dass die Läsion der Grosshirnverbindung sie vollständig vernichten sollte; es ist hingegen nur ein — mehr oder weniger wichtiger — Antheil derselben im Cortex localisirt. Dass also die im Grosshirn bilateral vertretenen oder subcortical bezw. spinal automatisirten Bewegungssform vom Ausfall der Verbindung mit der einen Hemisphäre wenig leiden — abgesehen von den auch hier sich sowohl intercortical wie subcortical zuweilen geltend machenden Diaschisiswirkung — leuchtet ohne weiteres ein. Ganz primitive, phylogenetisch alte Bewegungen, wie Athmen, Pressen, Kauen, Schlucken, Phoniren u. s. w. sind Beispiele dafür.

Von allen übrigen, nicht zu dieser Gruppe gehörigen Bewegungsformen und der sie ausführenden Muskulatur, muss als allgemeiner Satz gelten, dass der bleibende Zustand bestimmt wird durch die Arbeit der subcorticalen und spinalen Centren, unter dem modificirten Einflusse des Grosshirns (wobei im Auge zu behalten ist, dass in letzter Linie die sensiblen Eindrücke den nothwendigen Antrieb zu den an verschiedenen Orten entstehenden Impulsen geben müssen).

Es scheint mir daher von vornherein eine zwingende Nothwendigkeit alle vorhandenen Bewegungseinschränkungen in diesem Sinne zunächst zu betrachten als Störungen in der Innervation der Synergien.

Von gewissen, auf ein bestimmtes Ziel gerichteten, je nach Umständen modificirten feinen Bewegungsmechanismen wissen wir, dass die fortwährende Mitwirkung der Regio Rolandica unumgänglich nothwendig ist. Es sind in diesen Bewegungen selbstverständlich fast immer viel weniger complicirte Synergien enthalten, mit denen der Cortex als niedere, fertige Gebilde arbeitet. Im Falle der typischen Hemiplegie wird neben dem Ausfall der genannten hochzusammengesetzten Bewegungen die Unmöglichkeit, resp. die Schwierigkeit sich zeigen, die niederen Synergien in richtiger Weise zusammen arbeiten, resp. in richtiger Succession einander folgen zu lassen.

Es muss also in erster Linie, auch bei ganz einfachen motorischen Leistungen, eine gewisse Ataxie zu Tage treten, wie ich sie schon oben an einigen Beispielen auseinander gesetzt habe.

Diese Bewegungsataxie ist aber nicht die einzige, nicht einmal die auffälligste Erscheinung der Hemiplegie. Neben ihr bestehen die Muskelcontracturen, die Veränderungen im Ablauf der Reflexe, der modificirte Tonus.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diese Symptome sind alle, ohne Zuhülfenahme hypothetischer Hemmungsfasern, ebenso wie die Bewegungsataxie zu erklären, einfach aus dem Ausfall wichtiger corticaler Verbindungen und der dadurch modificirten Bethätigung der übrigen Centren. Für das Zustandekommen der Contractur habe ich schon oben im Sinne der Monakow'schen Auffassung, eine Erklärung zu geben versucht.

Es wurde aber nicht des Näheren der Grund untersucht, warum die Extremitäten gerade in der typischen Weise in Contracturzustand kommen, wie denn diese Frage auch durch die Mann'sche Hypothese ungelöst bleibt.

Für die Beantwortung dieser Frage bedarf der oben aufgestellte Satz, die Bewegungen in der hemiplegischen Körperhälfte betreffend, einer Erweiterung. Ebenso nämlich wie diese letzteren die — wenn auch qualitativ veränderte — Leistung der subcorticalen und spinalen Centren unter dem modificirten Einflusse des Grosshirns darstellen, ist auch die Contracturstellung der Extremitäten eine Folge der abnormen Wirksamkeit der nämlichen Vertretungen nnd Verbindungen, wie dies oben näher ausgeführt wurde.

Es werden aber durch die abnormen und ungeordneten Impulse längs der unversehrt gebliebenen Bahnen, im Hirnstamm, Bulbus und Rückenmark, Aggregate und Complexe von Centren sehr verschiedener Dignität und im Dienste ganz verschiedener Bewegungen getroffen.

Die „residuäre" Contractur zeigt, wie bereit hervorgehoben wurde, eine sehr in die Augen fallende, typische Vertheilungsweise über die Extremitätenmuskulatur.

Dieser Typus ist der Ausdruck der Constanz, mit der bestimmte Muskelgruppen contracturirt sind, während die im entgegengesetzten Sinne arbeitenden Muskeln mehr oder weniger gedehnt sind.

Von vorne herein darf man als feststehend betrachten, dass diesen typischen Verhältnissen in der Peripherie, entsprechende Zustände im Centralnervensystem zu Grunde liegen. Wenn nun im Allgemeinen der Grund für die Contracturen vor allem zu suchen ist in den abnormen Innervationsverhältnissen der subcorticalen bezw. spinalen Centren, so liegt die Vermuthung nahe, dass nicht alle diese Centren in gleicher Weise abnorm functioniren.

Im ersten, ausführlich mitgetheilten Falle ist erörtert worden, wie im Anfang des Leidens die Contracturstellungen häufig wechselten und wie immer — ob ein Gelenk sich in Extensions- oder ob es ich in Flexionscontractur befand — die vorgenommenen passiven Bewegungen in jeder Richtung einen grossen Widerstand zu überwinden hatten. In diesem Stadium der Frühcontracturen, wo von einer typischen Verthei-

Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

lung noch nicht die Rede sein kann, muss man annehmen, dass alle betreffenden subcorticalen und spinalen Centren, wenn auch in wechselndem Maasse, sich im angedeuteten abnormen Reizzustand befinden. Wenn nun allmählich bestimmte Stellungen sich fixiren, d. h. wenn nach und nach eine Reihe von Muskeln in bleibende Contractur gerathen, während andere, dem Zuge dieser Contracturen nachgebend, gedehnt werden, wenn also das Stadium der typischen residuären Contractur erreicht ist, müssen auch in diesem allgemein verbreiteten abnormen Reizustand stabile Differenzen aufgetreten sein. Diese Differenzen müssen hierin bestehen, dass in den subcorticalen Vertretungen derjenigen Bewegungsformen, welche durch die contracturirten Muskelgruppen als Hauptagonisten ausgeführt werden, der Reizustand ein stärkerer ist (so dass sie zu einer kräftigeren Innervation der ihnen untergeordneten Muskulatur mitwirken), als es der Fall ist mit den Repräsentationen der antagonistischen Bewegungen. Dass diese letzteren nicht einfach lahmgelegt sind, geht ohne weiteres hervor aus der angeführten allgemeinen Verbreitung der Frühcontracturen.

Man kann die Thatsache in folgender Weise formuliren:

Die allgemeine Erhöhung des Muskelwiderstandes, sobald die Diaschisis sich nicht (mehr) nachweisen lässt, ist der Ausdruck des allgemein verbreiteten Reizzustandes, in der sich die subcorticalen und spinalen Centren der hemiplegischen Seite befinden; die Flüchtigkeit der Contracturen und der oft häufige Wechsel derselben in diesem Stadium weist auf veränderliche Zustände in diesen Centren hin, wodurch bald dieses, bald jenes in einen relativ stärkeren Reizzustand kommt. Man kann hier von einem Kampf sprechen, welcher in den verschiedenen Abschnitten des subcorticalen Theils des Centralnervensystems namentlich geführt wird zwischen den Vertretungen antagonistischer Bewegungen. Dieser Kampf endet fast immer in der Weise, dass der residuäre hemiplegische Contraturtypus entsteht.

Dieser Typus ist also die einfache Folge der Thatsache, dass schliesslich und bleibend im oben angedeuteten Kampfe nur die Aufrechthaltung der Functionen bestimmter subcorticaler und spinaler Centren den Sieg davon getragen hat.

Die Frage thut sich auf, warum nun gerade in der Hemiplegie mit solcher Constanz immer die nämlichen Synergien ihre Antagonisten besiegen; ist in den Differenzen in der nervösen Repräsentation dieser beiden Gruppen von Bewegungsformen ein ausreichender Grund dafür zu finden?

Leider sind wir noch weit davon entfernt, eine genaue anatomische Vorstellung zu besitzen über die Art und Weise der Vertretung der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verschiedenen Synergien; und zweitens ist der Begriff Synergie ein sehr dehnbarer, auch abgesehen von den nur unter directer Mitwirkung der Rolandischen Gegend möglichen Bewegungen, welche letztere hier selbstverständlich nicht in Betracht kommen.

Dennoch erscheint es möglich auf physiologischem Wege der Lösung der gestellten Frage etwas näher zu kommen.

Es liegt auf der Hand, dass diejenigen Bewegungsformen, welche bei der Hemiplegie schliesslich am besten sich erhalten zeigen, die relativ festesten, unabhängigsten, subcorticalen Vertretungen haben müssen.

Und gleichfalls leuchtet es ein, dass der festere Aufbau und die relativ grössere Unabhängigkeit dieser nämlichen Centren unter dem Einflusse der abnormen Reize seitens des Grosshirns veranlassen, dass die Hauptagonisten der in denselben subcortical vertretenen Synergien in Contractur gerathen; die entgegengesetzt wirkende Muskulatur muss in Folge dessen selbstverständlich gedehnt werden.

Die Erfahrung Mann's, dass die contracturirten Muskeln zugleich die am mindesten gelähmten seien, erklärt sich in dieser Weise ganz natürlich, wenn auch der Gegensatz zwischen Contractur und Lähmung nach meiner Auffassung, wie aus dem Angeführten hervorgeht, gar kein principieller, sondern vielmehr nur durch graduelle Unterschiede bedingt ist.

Wenden wir uns nun zu den speciellen Contracturformen und fassen zunächst die fast ausnahmslos sich vorfindende Streckcontractur des Beines in's Auge.

Es ist hier namentlich der passive Widerstand bei der Beugung des Unterschenkels und bei der Dorsalflexion des Fusses erhöht.

Die Differenzen zwischen Beugung und Streckung im Hüftgelenke sind viel weniger beträchtlich.

Dass Unterschenkelstreckung und Plantarflexion des Fusses eine bedeutende Repräsentation im Rückenmarke besitzen, welche in hohem Grade unabhängig ist vom Grosshirn, darauf weisen schon der Patellar- und Achillessehnenreflex in normalen und pathologischen Umständen hin. Es wird auf diese Vertretungen aber noch ein anderes Licht geworfen, wenn man bedenkt, dass Fuss- und Unterschenkelstreckung auch eine einheitliche Synergie bilden. Wenn eine möglichst kräftige Fussextension intendirt wird bei im ührigen frei beweglichen Beine, wird sehr oft diese Bewegung eingeleitet durch eine energische Kniestreckung, bezw. die beiden Extensionen werden zusammen ausgeführt.

Mechanisch lässt sich dieses Zusammenwirken leicht erklären: durch Unterschenkelextension werden Ursprung und Insertion der Fussstrecker von einander am weitesten entfernt, so dass sie dadurch zu

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

relativ grösserer Contraction im Stande sind. Ausserdem wird in dieser Stellung das Knie weitaus am besten fixirt, und wird einer Kniebeugung, welche eine Nebenfunction der Fussstrecker ist, am ehesten vorgebeugt. In derselben Weise ist auch für eine maximale Kniestreckung ein gestrecktes Hüftgelenk die günstigste Bedingung, weil durch Hüftbeugung Ursprung und Ansatz des Biceps sich nähern würden, also die relative Contraction vermindern. Es müssen sich aber bei dieser Bewegung zugleich die Oberschenkelstrecker contrahiren, um die durch Contraction des Biceps als Nebenwirkung verursachte Hüftbeugung zu compensiren. Dynamisch zusammengehörig sind also am Bein die Streckbewegungen im Hüft-, Knie- und Fussgelenk.

Diesen entgegen steht die gesammte Beugung. Dass der Fuss kräftiger dorsal flectirt wird bei gebeugtem Knie, ist so leicht nachzuweisen, dass es kaum erwähnenswerth ist: jeder spürt die fast schmerzhafte Behinderung der gedehnten Wadenmuskeln, wenn bei extendirtem Unterschenkel der Fuss diese Bewegung machen soll.

Eine energische, möglichst ausgiebige Hüftbeugung findet im Allgemeinen nur statt bei gebeugtem Knie; verständlich ist das aus der Thatsache, dass die Hüftbeugung bei extendirtem Kniegelenk die Unterschenkelbeuger — wenn keine besondere Uebung in dieser Richtung besteht — gar zu stark dehnt; auserdem wird die Thätigkeit der Kniegelenkflexoren die Länge des zu hebenden Schenkels ansehnlich verkürzen, und dadurch für die Hüftbeugung viel bessere Bedingungen schaffen.

Auch kann man sich von der die Fussbeugung unterstützenden Wirkung der Knie- (und Hüft-) flexion leicht überzeugen in Fällen, wo die Dorsalflexion des Fusses erschwert ist (z. B. bei Lähmung der Peronealmuskeln nach Poliomyelitis).

Man sieht dann ziemlich regelmässig neben der intendirten mangelhaften Fussbewegung eine Beugung im Knie- und Hüftgelenk.

Für die engere Verwandtschaft der drei genannten Gelenkbeugungen spricht ausserdem noch, wenn man überlegt, wie festvereinigt sie vorkommen in der Beantwortung des Streichens der Fusssohle, diesem typischen Abwehrreflex.

Es sind also im Bein — abgesehen von den anderen Bewegungsformen — Beugung und Streckung, als sich über das ganze Glied ausdehnende, jede aus drei einfacheren Beugungen bezw. Streckungen aufgebaute Synergien zu unterscheiden. Beide werden von der zur Hemiplegie führenden Krankheit betroffen; es entsteht Ataxie in den Gesammtenergien und in ihren Componenten. Diese Ataxie macht sich nicht nur bei Bewegungen — willkürlichen und reflectorischen — gel-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tend, sie zeigt sich auch im Ruhezustand als veränderter Spannungszustand, eine Dystonie. Die Entscheidung, nach welcher Seite das Uebergewicht fallen wird, muss geliefert werden durch die Ungleichwerthigkeit beider nervöser Vertretungen, und muss auf das Engste zusammenhängen mit dem physiologischen Werth der kämpfenden Synergien.

Nun ist ohne Zweifel die weitaus wichtigste Leistung der unteren Extremitäten die Gehbewegung. Wenn nun auch die frühere Annahme der Gebrüder Weber, dass beim Gehen die Hüftbeugung activ gar keine Rolle spiele, sich als unrichtig erwiesen hat, ist andererseits doch nicht zu leugnen, dass die Streckung der drei in Betracht kommenden Gelenke, bei der Locomotion die ungleich am meisten betheiligte Bewegungsform ist.

Die subcorticale Vertretung der Locomotion muss sich selbstverständlich über einen grossen Theil des Rückenmarkes und des Hirnstammes ausdehnen (abgesehen noch von dem Antheile des Cerebellums); die Auslösung des Gehactes muss von vielen extrarolandischen Rindenstellen stattfinden können.

Eben durch die Zusammenwirkung der verschiedenen, wenn auch von einander entfernt liegenden „Centren", welche die Function einer biologisch äusserst wichtigen Synergie central repräsentirt, ist eine physiologisch sehr enge Verknüpfung dieser „Centren" unter sich eine nothwendige Bedingung. Die wichtigste motorische Leistung der unteren Extremität ist also die Directive für das Zustandekommen der Streckcontractur im Beine.

Es ist deutlich, dass, wenn dieser Satz richtig ist, die Extensionscontractur sich nicht vorfinden muss, wenn die subcorticale Vertretung der Locomotion nicht als Ganzes mehr existirt; mit anderen Worten, wenn ein Herd dieselbe durchbrochen hat. Thatsächlich findet sich denn auch bei Querläsionen des Rückenmarkes regelmässig eine Flexionscontractur in Hüft- und Kniegelenk, während gewöhnlich der Fuss extendirt ist. Es ist in diesen Fällen wohl die Contractur in den Hüftflexoren das Primäre; das einfach mechanische Moment giebt hier durch die viel grössere Tendenz des Hüftgelenks zur Beugung, in Verbindung mit der grösseren Leistungsfähigkeit der Hüftbeuger den Ausschlag; die Kniebeugung erfolgt, weil der Fuss ruhen bleibt, allmählich; später erschlafft aber in Folge der fortgesetzten steigenden Dehnung die Streckmuskulatur des Knies, während die Beuger sich immer mehr contrahiren; durch die gewöhnlich schon bald eintretenden Ernährungsstörungen sowohl im Gelenk wie in den Flexoren wird die Beugecontractur in kurzer Zeit eine sehr feste.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Für die Fussstellung entscheidet wohl hauptsächlich der viel grössere Querschnitt der Wadenmuskulatur.

Bei cerebralen Hemiplegien ist die Beugecontractur, wie gesagt, eine seltene Annahme und kommt nur dann vor, wenn ernstliche nutritive, die passive Verkürzung fördernde Störungen in den Muskeln selbst vorhanden sind, oder wenn zu der gewöhnlichen hemiplegischen Contractur noch protrahirte tonische Muskelkrämpfe (corticalen, eventuell mesencephalen Ursprunges) hinzutreten“ [1]).

Ich hatte vor Kurzem Gelegenheit einen Fall von Hemiplegie zu beobachten und zu seciren, wo die complicirenden Abweichungen im Centralnervensystem die abnorme Stellung bedingten.

J. W., 70 Jahre alt, hatte vor acht Monaten eine linksseitige Hemiplegie erlitten, welche in den ersten zwei Monaten jedenfalls nicht erheblich abwich vom gewöhnlichen Verlauf. Es entwickelte sich dann allmählich neben der typischen, aber äusserst starren Flexionscontractur im linken Arm eine Beugestellung im linken Bein, welche später gefolgt wurde von einer gleichen, wenn auch weniger starken Contractur im rechten Bein. Bei der Untersuchung des sich ausserordentlich sträubenden und unhandelbaren Kranken ergab sich Folgendes [2]):

Der Patient liegt mit hochaufgezogenen Knien in Rückenlage etwas nach rechts gewendet. Leichte Ptosis links; Augenbewegungen alle möglich und anscheinend normal. Linke Mundfacialis paretisch, Zunge deviirt nach links: linker Arm in typischer Contractur, linke Hand geschlossen.

Jede willkürliche Bewegung in der linken oberen Extremität scheint unmöglich. Rechter Arm und Hand normal beweglich. Athmung symmetrisch; die Bauchmuskulatur bewegt sich beiderseits gleich gut [3]); das linke Bein in sehr starker Flexionsstellung, welche sich nicht redressiren lässt, ebenso wenig wie die Armcontractur, in Folge des grossen Widerstandes und der Schmerzäusserungen des Patienten; linker Fuss extendirt. Das rechte Bein befindet sich in ähnlicher, nur merkbar weniger ausgesprochener Stellung; Sehnenreflexe an den Beinen in Folge der Muskelspannung nicht auszulösen; Fusssohlenreflex nicht typisch (der Unterschenkel zieht sich im Ganzen zurück). Bauchreflexe fehlen; Tricepsreflex vorhanden, vielleicht etwas verstärkt. Die Sensibilität war unmöglich genau zu untersuchen. Jedenfalls war nirgends Analgesie vorhanden. Es wurde mehrere Male im Schlaf das Redressement der Beincontracturen versucht, immer ohne Erfolg. Der Kranke erwachte fast unmittelbar, wahrscheinlich durch den verursachten Schmerz.

---

1) v. Monakow, Gehirnpathologie.

2) Anamnestische Daten sowie die Gelegenheit zur wiederholten Untersuchung verdanke ich dem freundlichen Entgegenkommen meines Collegen Dr. de Kock.

3) Vor einigen Monaten hatte sich nach den Angaben des behandelnden Arztes zeitweise eine Erschlaffung der linken Bauchhälfte gezeigt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Diagnose lautete auf eine Blutung im Hirnstamm, etwa in der Haube mit Betheiligung der rechten Pyramidenbahn, möglich auch der linken. Die Section zeigte eine sehr starke Arteriosklerose der Hirnarterien; der rechte Nucl. lentiformis war Sitz einer Blutung, welche dieses Ganglion fast vollständig vernichtet hatte.

Im Hirnstamm und Rückenmark waren ausser der ausserordentlich starken Arteriosklerose keine makroskopischen Veränderungen sichtbar. Die Untersuchung des letzteren ergab eine sehr starke Degeneration der linken Pyramidenseitenstränge und der rechten Pyramidenvorderstränge; die rechten Pyramidenseitenstränge und linken Pyramidenvorderstränge gänzlich intact (Pal- und Marchipräparate). Die austretenden Wurzeln waren normal.

Histologisch fand sich weiterhin eine starke Chromatolyse, Randstellung der Kerne der Vorderhornzellen, namenlich im Lumbaltheil und Cervicaltheil links.

Ein Unterschied zwischen den Zellen des Nucl. ant., lateral. und centralis war nicht bemerkbar; alle waren in gleicher Weise verändert.

Totale Sklerosirung beobachtete ich nirgends. Im Dorsalmark waren die Veränderungen bedeutend weniger stark und bestanden hauptsächlich in atypischer Anordnung der Nissl'schen Granula.

Die Zellen der Clarke'schen Säulen zeigten überall Randstellung der Kerne und vielfach leichte Zerstäubung des Tigroids.

Ziemlich normal färbten sich in allen Theilen die medialen „Strang"-Zellen.

Rechts waren dieselben Veränderungen, wenn auch etwas weniger stark ausgesprochen, im Lumbaltheil vorhanden wie links. Auch konnte ich im Dorsalmark zwischen beiden Hälften nur graduelle Unterschiede feststellen.

Die Zellen des rechten Cervicalmarkes waren weniger stark betroffen. Auch die auf Fibrillen gefärbten Präparate[1]) gaben für das Lumbalmark die nämlichen relativen Auskünfte; die intracellulären Fibrillen waren nirgends gut isolirt zu verfolgen; sie splitterten sich auf, wodurch scheinbar ein Netzwerk sich bildete.

Die Präparate des Cervicalmarkes gelangen durch einen Behandlungsfehler weniger gut; das Dorsalmark wurde in dieser Weise nicht untersucht. —

Man nimmt an, dass im Allgemeinen bei Hemiplegien gar keine, oder unerhebliche Veränderungen im Rückenmarksgrau gefunden werden.

Man geht wohl nicht fehl, wenn man für die abnormale Beugecon-

1) Mittelst einer der Bethe'schen nachgebildeten Methode.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tractur der Beine in unserem Falle die spinalen Schädigungen mit verantwortlich macht.

In welcher Weise man sich auch die Degeneration der Vorderhornzellen zu Stande gekommen denkt, es ist deutlich, dass dieselbe die nervöse Vertretung der Locomotion stark lädiren musste, den Zusammenhang aller sie aufbauenden „Centren" gleichsam durchbrechend.

Die Führung beim Entstehen der Beincontractur fiel dadurch aus und die Beugestellung, welche principiell als Frühcontractur zu betrachten war, wurde bleibend.

Dass auch das rechte Bein allmählich in Beugecontractur gerieth, hatte ich mir während des Lebens erklärt für den Fall, dass die rechte Pyramide intact sein sollte, als die mögliche Folge der willkürlichen Anziehung; ich meinte, es könnten sich in der absichtlich herbeigebrachten fehlerhaften Stellung, Ernährungsstörungen in Muskeln und Gelenken entwickelt haben, welche diese Stellung nachträglich fixirten. Es sind nach dem Tode die Muskeln nicht mikroskopisch untersucht; die sicher aufzufindenden Veränderungen würden übrigens vielleicht nicht viel bewiesen haben; sie könnten ja gerade so gut später entstanden sein als primär zu diesen Contracturen Anlass gegeben haben.

Nach den histologischen Befunden ist es jedenfalls wahrscheinlich, dass auch diese in veränderten Innervationsbedingungen ihren Grund hatten[1]). —

Bei der Betrachtung der Contractur der oberen Extremität kann man in derselben Weise wie am Bein zuerst die einzelnen Gelenkstellungen, dann auch ihren gegenseitigen Zusammenhang näher prüfen. Regelmässig sind: Beugung der Finger, Beugung des Vorderarmes mit Pronation, Adduction des Oberarmes; das Handgelenk ist schwach gebogen, in Mittelstellung oder extendirt. Dass im Kampf um das Uebergewicht, die Handschliessung — (Fingerbeugung) — die Handöffnung besiegt, ist aus rein nervösem Gesichtspunkt verständlich; die unver-

1) Es liegt nicht im Rahmen dieses Aufsatzes auf die Genese der Contractur im rechten Bein näher einzugehen. Die Veränderungen an den Vorderhornzellen der rechten Hälfte des Lumbalmarkes reichen zur Erklärung derselben nicht aus. Die bestehende Störung in der cerebrofugalen Innervation muss sich wahrscheinlich auch hier geltend gemacht haben. Anscheinend war das nicht der Fall im Cervicalmark, wo die Vorderhornzellen allerdings stark betroffen waren, während die rechte obere Extremität keine motorischen Abweichungen zeigte. Einen Versuch zur Erklärung dieses scheinbaren Widerspruchs im Verhalten zwischen rechtem Arm und Bein muss ich mir hier versagen. Es sei hier nur kurz auf die überaus wichtige Rolle der Arteriosklerose in der Genese des beschriebenen Zustandes hingewiesen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gleichlich grössere Wichtigkeit der ersteren Bewegungsform macht ihre intensivere, unabhängigere subcorticale Vertretung fast zur Gewissheit.

Zur Fingerbeugung gehört synergisch die Handstreckung; mechanisch lässt sich das wieder einfach aus dem Grunde erklären, weil bei Extension im Handgelenk die Fingerbeuger sich relativ ergiebiger contrahiren können, als bei jeder anderen Stellung. Ueberdies ist gerade diese Synergie der Gegenstand der interessanten Untersuchungen Hering's[1]) gewesen; und an dieser Bewegung hat der genannte Autor zu demonstriren versucht, dass die vorherige Erschlaffung der Antagonisten Bedingung sei einer regelrechten Function der Agonisten. Wenn ich nun auch mit diesem Satz nicht einverstanden bin, wie ich oben auseinandergesetzt habe, so ist doch jedenfalls der experimentelle Nachweis der centralen Vertretung dieser Synergie sehr zu schätzen. Wie schon oben angedeutet, sehe ich aber in der Thatsache, dass auch von der inneren Kapsel aus die nämliche Bewegung hervorgerufen werden kann durch elektrische Reizung, den Beweis, dass auch weiter subcortical dieselbe vertreten sein muss. Diese Repräsentation ist am natürlichsten wieder als eine functionelle Vereinigung verschiedener, mehr oder weniger von einander entfernten „Centren" zu betrachten.

Ihr steht gegenüber die Handöffnung, von welcher mutatis mutandis dasselbe zu sagen wäre.

Wie gesagt kann a priori der Sieg der Faustballung erwartet werden; die Handschliessung hat auch, wenn die Contractur definitiv wird, solch ein Uebergewicht, dass die Handöffner (Fingerstrecker) allmählich durch die lang fortgesetzte Dehnung scheinbar erlahmen.

Indessen ist das Handgelenk, wie bekannt, gewöhnlich nicht in Extension contracturirt, wie es die Anschauungsweise, dass die Hauptagonisten einer synergischen Bewegung alle in Contractur gerathen, mit sich bringen würde. Der Grund liegt erstens in der die Handbeugung unterstützenden Nebenfunction der contrahirten Fingerbeuger[2]), weiter in den gewöhnlich im Handgelenk von dem Kranken noch ausgeführten willkürlichen Bewegungen, welche dem Zustandekommen jeder festen Contractur entgegenwirken, endlich in der Schwerkraft, in Folge welcher die pronirte Hand bei Flexion im Ellbogen, Neigung bekommt sich zu senken, also die Extension verhindert wird.

In Folge dieser zusammenwirkenden Ursachen findet man gewöhnlich die Hand schwach gebeugt oder in der Achse des Vorderarmes.

---

1) Hering l. c.

2) Wohl zu unterscheiden von der synergischen Mitwirkung dieser Muskeln mit der Handextension zur Faustballung.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Typisch nach dem Schema der Contractur in den Hauptagonisten einer Synergie fand ich die Stellung des Handgelenkes nur in einem Falle[1]); die Extension war in extremer Weise fixirt, mit deutlichen secundären Gelenkveränderungen. Es bestand hier aber ausserdem Supinationsstellung des Vorderarmes, in Folge welcher die Schwerkraft gleichfalls zur Extension mitwirken konnte.

Ueberdies hatte die Patientin mehrere Jahre nach dem Auftreten der Hemiplegie gewöhnlich das Bett gehütet und activ gar keine Bewegung zu machen versucht.

Mit Bezug auf die Entstehung der beiden übrigen wichtigsten Gelenkstellungen in der Contractur der oberen Extremität, die Ellbogenbeugung und die Oberarmadduction ist allererst zu bemerken, dass, auch wenn aus nervös-physiologischem Gesichtspunkte Oberarmhebung und Abduction nach der Diaschisis und dem Stadium der Frühcontracturen, die gegenüber gestellten Bewegungen besiegen müssten, dennoch ihre Contractur aus dem rein mechanischen Grunde der zu überwindenden Schwerkraft — welche hier natürlich sehr stark in's Gewicht fällt — nicht zu erwarten ist. Im Gegentheil muss das Herabhängen des Oberarmes auf die Dauer als eine selbstverständliche Folge der Schwere des Armes betrachtet werden.

Der abnorme Reizzustand der subcorticalen Centren kann sich also in der Adduction geltend machen, die Adductionscontractur ist die Folge. Nun ist aber mit der Anziehung des Oberarmes an den Leib die Beugung des Vorderarmes synergisch verknüpft: in adducirter Stellung ist Vorderarmflexion am kräftigsten möglich, vor Allem wegen der dann vorhandenen grössten relativen Verkürzungsfähigksit des Biceps, in Folge des Ursprungs seines langen Kopfes von der Scapula, welcher, bei durch die Adduction fixirtem Stande des Schultergelenkes, von der Insertion am weitesten entfernt ist.

Weiter sind die drei für die obere Extremität hauptsächlich in Betracht kommenden Bewegungsformen, deren Hauptagonisten in Contractur gerathen, zusammen vorhanden in dem wichtigen und phylogenetisch alten Act des Greifens, wie er speciell beim Affen beim Klettern, auch beim Erbeuten der Nahrung etc. deutlich zu beobachten ist.

Ich wüsste am Arm keine zweite, das ganze Glied in Anspruch nehmende primitive Function zu nennen, welche der genannten in biologischer Wichtigkeit auch nur nahe käme.

1) Aus der Züricher Universitäts-Poliklinik für Nervenkr. Die Obduction nach foudroyanter erneuter Apoplexie der bisher gesunden Seite, zeigte eine alte Blutung der inneren Kapsel.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es scheint mir daher die Vermuthung nicht ganz ohne Grund zu sein, ihr eine gleichartige Führung, wie sie oben für die Locomotion supponirt wurde, beizumessen in der Genese der Armcontractur.

Die ziemlich constante Pronationsstellung ist wohl einfach hieraus zu erklären, dass es dem Kranken bequemer ist, den Arm pronirt oder in Mittelstellung als in Supination zu tragen; die Innenrotation im Schultergelenk ist verständlich aus der ebenfalls fast immer sich vorfindenden Gewohnheit des Kranken, den flectirten Vorderarm nach dem Körper zu zu drehen, sei es behufs Unterstützung durch die andere Hand (oder durch die Kleider), sei es auch zur besseren Vermeidung äusserer Läsionen.

Eine Streckcontractur im Ellbogen habe ich nie beobachtet bei uncomplicirter residuärer cerebraler Hemiplegie. Das schlaffe Herabhängen des Vorderarmes ist im Diaschisisstadium selbstverständlich die Regel; die Frühcontracturen bedingen öfters vorübergehend eine Extensionsstellung, welche aber, abgesehen von besonderen Complicationen[1]), wohl nie bleibend sein dürfte.

IV.

Ganz im Allgemeinen muss sich das Verhalten der Reflexe in der residuären Hemiplegie ebenfalls kennzeichnen durch den Verlust corticaler Verbindungen mit dem sogenannten Reflexbogen, wenn dieser höhere Bestandtheil im Reflexmechanismus auch eine anderweitige Rolle spielen mag, als im Zustandekommen willkürlicher Bewegungen.

Oben ist schon der Einfluss der Diaschisis auf die reflectorischen Vorgänge gestreift. Oft ist dieser im ersten Beginne der Erkrankung so gross, dass überhaupt kein einziger Reflex sich mehr auslösen lässt.

Gewöhnlich stellen sich erst die Sehnenphänomene, später (oder gar nicht) die Hautreflexe wieder ein, abgesehen von beim Wiederauftreten zu beobachtender qualitativer oder quantitativer Veränderung. Diese Reihenfolge wird aber durchaus nicht immer innegehalten, mit anderen Worten die Diaschisis äussert sich gar nicht mit Nothwendigkeit am stärksten oder am dauerndsten auf die Hautreflexe.

Als Beispiel des wechselnden Diaschisiseinflusses möge folgender Fall dienen:

F. B., 60 Jahre. War starker Alkoholiker. Angeblich nach einem Trauma stellten sich vor 7 Jahren epileptiforme Zufälle ein; es entstanden acut nach einem Zufall Sprachstörungen. Die Attaquen wiederholten sich etwa jeden Monat.

---

1) Unter diesen spielen, wie es scheint, mitunter auch Seusibilitätsstörungen eine Rolle.

Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Auszug des Status: Lebhafter, beweglicher Patient, ohne grobe Bewegungsstörungen, Arteriosklerose mässigen Grades. Keine Abweichungen an den Brust- und Bauchorganen. Alle Sensibilitätsqualitäten, sowie die Sinnesorgane bei wiederholter Prüfung vollständig normal. Nur ist das Gehör rechts gegenüber links deutlich abgestumpft. (Taschenuhr wird noch gehört bei Entfernung von 4 resp. 25 cm.[1]).

Sprache leicht dysarthrisch; sehr complicirte aphasische Störung (starke amnestische Aphasie, Nachsprechen sehr eingeschränkt, Spontansprechen ebenfalls; Paraphasie, verschiedene agraphische und Lesestörungen; ganz geläufige Redensarten werden richtig aufgefasst, etwas schwierigere nicht mehr); Augenbewegungen normal; Pupillen gleich, reagiren prompt, Fundus o. B.; rechter Mundfacialis leicht paretisch (oft spastisch); Zunge deviirt etwas nach rechts.

Arm- und Beinbewegungen normal, sobald Patient begreift, was von ihm verlangt wird. Alle Sehnenreflexe beiderseits lebhaft, ziemlich gleich. Bauch- und Cremasterreflexe schwach. Der Plantarreflex wird erst durch energisches Streichen der Fusssohle ausgelöst; es erfolgt Dorsalflexion des Fusses mit Beugung im Knie- und Hüftgelenk ohne Zehenbewegung. Während einer Attaque, welche sich ziemlich stereotyp aus einer Serie von circa 50 Anfällen in einer Zeitdauer von $1^1/_2$ bis 2 Stunden zusammensetzt, welche Anfälle immer beginnen am rechten Facialis, um sich fortzusetzen über rechten Arm, rechtes Bein, schliesslich auch (am Ende des grossen Anfalles) linkes Bein und linke Schultermuskulatur, verhalten sich die Reflexe folgendermaassen in den kurzen Pausen zwischen den Krämpfen:

Nach 20 Minuten Patellarreflexe[2]) beiderseits aufgehoben, rechts Fusssohlenreflex ebenfalls; linker Fusssohlenreflex: leichte Dorsalflexion des Fusses mit leichter Anziehung des Beines. Bauch- und Cremaster reflexe aufgehoben. Nach 40 Minuten gleicher Befund, nur am linken Fuss typische Babinski'sche Dorsalflexion der grossen Zehe.

Nach einer Stunde ist auch dieser Reflex erloschen. Bis zum Schlusse des Anfalles bleibt der Zustand der Reflexe gleich.

4 Minuten nach dem Aufhören der Attacke sind alle Sehnenreflexe noch abwesend.

Von den Hautreflexen ist nur links, bei ganz sanftem Streichen der Fusssohle, echter Babinski auszulösen; bei stärkerem Streichen gefolgt von Anziehen des Beines.

Nach einer Stunde beiderseits starke Sehnenreflexe, starke Plantar-

1) Otoskopisch nichts Abnormes zu finden.

2) Gewöhnlich war die Pause zu kurz um alle Sehnenreflexe zu untersuchen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reflexe (ohne Zehenbewegungen), rechts Fussclonus, kein Cremaster-, kein Bauchreflex.

Nach 16 Stunden ist der Fussclonus nicht mehr auszulösen und sind die noch fehlenden Hautreflexe zurückgekehrt.

In dem mitgetheilten Fall schwanden also in der allgemeinen Depression der nervösen Functionen alle Sehnenreflexe vor dem einen der Fusssohlenreflexe, welch' letzterer ausserdem noch vor dem Versiegen sich qualitativ veränderte.

Die Rückkehr zeigte das umgekehrte Verhalten: der zuletzt verschwundene Hautreflex kehrte, via der nämlichen qualitativen Aenderung, zuerst wieder zurück.

Wie es nun auch mit der speciellen Localisation der Sehnen- und Hautreflexbögen bestellt sein möge, aus Fällen wie dem obengenannten geht jedenfalls hervor, dass vom Cortex ausgehende Betriebsstörungen nicht ohne weiteres die cutanen Reflexe zuerst involviren müssen. Vielmehr erscheint es möglich, dass, wie hier, die störenden centralen Einflüsse sich in sehr wechselnder, anscheinend regelloser Weise geltend machen können, weshalb es vorläufig bei der Untersuchung der Reflexe in der uns beschäftigenden cerebralen Hemiplegie angezeigt sein dürfte, nicht a priori eine Trennung zwischen den beiden Arten vorzunehmen, sondern sie womöglich von einem Gesichtspunkte aus zu betrachten.

Beiden gemeinsam also wäre der Ausfall der cerebralen Componente. Ebenso wie für die Willkürbewegungen eine sich in verschiedenen Formen äussernde Ataxie die Folge ist, werden auch die Reflexe dermaassen verändert, dass man von Ataxie sprechen könnte.

Man muss aber die relativen Werthe der beiden Ataxieformen nicht einander gleich stellen.

Der normale Reflex hat, verglichen mit derjenigen Willkürbewegung, welche im groben denselben motorischen Effect hat, schon einen deutlichen atactischen Bestandtheil; die Bewegung ist, wenn sie reflectorisch ausgelöst wird, mehr oder weniger brüsk und ausfahrend. Eine intendirte Kniegelenkstreckung ist eine ganz andere motorische Leistung als die durch Beklopfen der Patellarsehne hervorgerufene. Das rührt, mechanisch betrachtet daher, dass in der reflectorischen Kniestreckung nicht die ganze, für diese Bewegung intentionell verwendete Muskulatur, synergisch zusammenwirkt, dass insbesondere die allmähliche Relaxation der sogenannten Antagonisten fehlt; durch die schon Anfangs vollständige Erschlaffung dieser Synergisten beeinflussen diese activ die Excursion garnicht.

Für die meisten Hautreflexe ist dieser Vergleich nicht durchführbar, weil den durch cutane Reize reflectorisch erzielten Bewegungen meistens

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keine parallele Willkürbewegung an die Seite gestellt werden kann. (Bauchreflex, Cremasterreflex[1]).

In einzelnen Fällen aber, insbesondere beim Fusssohlenreflex, trifft das nicht zu. Die bekannte Beantwortung des Streichens der Fusssohle: Beugung der Zehen, Dorsalflexion des Fusses, Beugung im Knie- und Hüftgelenk oft mit Abduction im Letzteren verbunden, kann willkürlich ebenso gemacht werden; hier arbeitet in beiden Fällen eine grössere, sich über die ganze Extremität ausdehnende Synergie; nichtsdestoweniger hat man keine Mühe bei der reflectorischen Bewegung das relativ Ungeordnete, gewöhnlich über das Maass hinausschreitende zu erblicken; im Princip arbeitet hier eine ganze Synergie, aber sie wirkt ataktisch.

Diese normale Ataxie aller reflectorischen Bewegungen wird durch jede zur Hemiplegie führende Läsion verstärkt. Die Verstärkung kann in zwei Richtungen sich bewegen: entweder wird der motorische Effect der reflectorischen Muskelarbeit intensiver, extensiver und eventuell qualitativ modificirt, oder aber die Ataxie führt zur Abschwächung resp. zur völligen Unmöglichkeit jeder reflectorischen Bewegung, auch von Bruchstücken einer Synergie, und es tritt ein, was man nennt das Aufgehobensein des Reflexes.

Für die Sehnenreflexe kommt eine qualitative Aenderung wohl nicht in Betracht. Es handelt sich hier um Erhöhung oder Schwächung, wenn man der Ersten noch die verschiedenen Formen von Clonus zurechnet. Nur wäre die grössere Extensität der reflexogenen Zone (Beklopfen der Tibia) noch zu erwähnen, sowie die Ausbreitung der reflectorischen Bewegung auf das kranke Glied, wenn der symmetrische Reflex auf der gesunden Seite ausgelöst wird.

Bei den gewöhnlichen Hautreflexen findet man dieselben relativen Differenzen; beim Plantarreflex kommt aber unter Umständen eine qualitative Aenderung zum Vorschein.

Er kann beim Hemiplegiker verstärkt, geschwächt, bei kleinerem oder grösserem Reiz auslösbar oder endlich ganz aufgehoben sein.

Ausserdem wird aber oft durch ganz sanftes Streichen der Fusssohle — eventuell auch durch stärkere Reize an der Planta bis an die Mitte des Unterschenkels oder noch höher — statt der normalen Zehenbeugung die Extension der grossen Zehe hervorgerufen.

Von diesem, dem Babinski'schen Reflex sind in den letzten Jahren manche Abarten beschrieben, je nachdem sich auch die vier fibulären

---

1) Freilich ist mitunter das Steigen der Testes willkürlich zu erreichen durch die Bauchpresse. Es handelt sich hier im Grunde aber um eine (willkürliche) Mitbewegung.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zehen dorsal extendiren oder noch andere — Abductionsbewegungen etc. – hinzukommen.

Auch ist schon eine ganze Litteratur vorhanden über die Frage nach der Gesetzmässigkeit seines Vorkommens bei Läsionen der Pyramidenbahn oder bei Hemiplegie. Klinisch sind solche Untersuchungen natürlich von grösster Wichtigkeit; das Wesen der Differenz zwischen dem normalen und krankhaft veränderten Fusssohlenreflex berühren sie aber nicht. Wie aus dem oben Angeführten hervorgeht, betrachte ich den pathologischen (Babinski'schen) Plantarreflex als die ihrer corticalen Componente beraubte physiologische Reflexbewegung nach Reizung der Fusssohle.

Bekanntlich fehlt bei ganz jungen Kindern gewöhnlich die normale Zehenbeugung nach Streichen der Planta pedis. Es geht schon hieraus hervor, dass die Extension der grossen Zehe — eventuell auch aller Zehen — nicht als etwas Pathologisches im gewöhnlichen Sinne zu betrachten ist. Erst später ersetzt unter dem Einflusse des Cortex die Zehenbeugung deren Streckung als die allmählich angelernte Anpassungsbewegung beim Einwirken von Schädlichkeiten (Kitzeln etc.) auf die Sohle.

Munch-Petersen[1]) hat den Uebergang vom einen Typus in den andern eingehend studirt und schliesst an der Hand physiologischen und pathologischen Materials auf ein Abhängigkeitsverhältniss zwischen dem Gehact und dem Plantarreflex; er verlegt das Centrum aller Hautreflexe in die Regio Rolandica und hält das Babinski'sche Phänomen für bedingt — im Falle von Hemiplegie — durch die elective Lähmung der Plantarflexoren des Fusses (nach der Auffassung der hemiplegischen Lähmung von Wernicke-Mann).

Die Thatsache, dass Plantarflexion und Zehenextension synergisch eng verknüpft sind — wie andererseits Dorsalflexion des Fusses mit Zehenbeugung — (ganz analog Handöffnung und Faustballung) lässt schon von vornherein vermuthen, dass auch die Zehenextension ein Theil der Streckcontractur der unteren Extremität sein wird.

Bekanntlich findet man oft genug namentlich den Hallux in Dorsalextension contracturirt. Dass diese Stellung nicht immer nachzuweisen ist, rührt entweder daher, dass die Streckcontractur des Fusses wenig ausgebildet ist — die Lähmung ist oft so wenig steif, dass der Fuss, wenn keine besonderen Reize einwirken, der Schwere nach fast schlaff herabhängt — oder die Erklärung ist hierin zu suchen, dass in der

1) H. Munch-Petersen, Die Hautreflexe und ihre Nervenbahnen. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1902.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Strecksynergie des Beines, wie sie im ganzen besonders beim Gehen in Anspruch genommen wird, die Dorsalextension der Zehen nur noch einen sehr untergeordneten Werth besitzt, wodurch die allgemeine Extensionscontractur diesen letzten Bestandtheil der Synergie nur in unbedeutendem Maasse trifft.

Umgekehrt ist die Zehenbeugung ein Element der Gesammtbeugung des Beines (Anziehung an den Leib) mit Dorsalflexion des Fusses, wie diese als der complementäre — weniger kraftvolle und eventuell entbehrliche — Theil des Gehactes, sowie auch als normaler Fusssohlenreflex sich präsentirt.

In diesen beiden Bewegungsformen, der willkürlichen und der reflectorischen, ersetzt nun bei vielen Hemiplegikern als atactischer Bestandtheil die Grosszehenextension die normale Beugung.

Es liegt meines Erachtens kein Grund vor die Art der Reflexbewegung von der Art der Locomotion abhängig zu stellen, wie es Munch-Petersen thut.

Freilich entwickelt sich nach seinen Untersuchungen die Aenderung in beiden Fällen ganz parallel. Die normale reflectorische Beugung ist aber offenbar ein typischer Anpassungsreflex, welcher erfahrungsgemäss erst nach dem ersten Lebensjahre gelernt wird. Zweifelsohne müssen die Gehübungen des Kindes einen grossen Einfluss haben; sie sind indessen besser allgemein als stets wiederholte Reize zur Reflexauslösung, so oft der Fuss den Boden berührt, zu betrachten und bilden mithin einen wichtigen, vielleicht den wichtigsten Factor zur allmählichen Ausbildung des normalen Reflexes.

Die während des Lebens des Individuums zuletzt in den Reflex aufgenommene corticale Componente scheint im späteren Alter in individuell sehr verschiedenem Maasse sich vom Cortex emancipirt zu haben, wodurch die vielen Variationen bei echten Hemiplegien und bei Gesunden zu erklären sein mögen.

Der Ausfall des ererbten, präformirten corticalen Antheils aller Haut- und Sehnenreflexe giebt, wie gesagt, nur Anlass zu quantitativen Aenderungen.

Es thut sich die Frage auf, warum bei Hemiplegie im Allgemeinen die Hautreflexe (Bauch und Cremaster) geschwächt bezw. aufgehoben werden, während die Uebrigen im Gegentheil gewöhnlich gesteigert sind.

Man hat sich in den letzten Jahren die Sache vielfach klar gemacht durch die Annahme eines „langen“ Reflexbogens für die Hautreflexe. Das Centrum liege irgend im Bulbus oder noch höher, bis in die Grosshirnrinde. Es scheint mir ein solcher Erklärungsversuch nicht in

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Uebereinstimmung mit dem eigentlichen Wesen des Reflexes soweit wir das phylogenetisch und physiologisch kennen.

Wenn auch beim Menschen jede, in niederen nervösen Centralorganen hauptsächlich vertretene physiologische Einheit, ein sogenanntes Centrum, in viel stärkerem Abhängigkeitsverhältniss vom Gehirn steht als bei niederen Thieren, so geht man meines Erachtens doch zu weit, wenn man diesen Connex gleich in die Anatomie des Reflexbogens überträgt als die langen Bahnen desselben.

Der Fortfall der genannten Hautreflexe ist nach meiner Meinung in Uebereinstimmung mit ihrem ganz unbedeutenden physiologischen Werth — viele Menschen entbehren beider ganz —; das ihnen zukommende „Centrum" wird durch nicht sehr beträchtliche Einflüsse schon dermaassen in seiner Function gestört, dass die Reflexübertragung oft ganz ausbleibt; ein solcher Einfluss wäre die zur Hemiplegie führende Störung; eine Art dauernde Diaschisis also.

Mit einer solchen Auffassung wäre im Einklang, dass bisweilen nach energischem oder wiederholtem Streichen der Reflex dennoch auszulösen ist: die starken oder summirten Reize lösen endlich eine schwache Antwort aus. Mit dem Fusssohlenreflex steht es anders; abgesehen von dem Babinski'schen Phänomen kann der übrige Theil stark, normal, schwach sein oder fehlen.

In hohem Grade ist dies abhängig von dem Lähmungszustande in der Extremität. Ist dieser, wie bei residuärer Hemiplegie fast regelmässig, nur partiell und die Streckcontractur nicht zu sehr fixirt, so ist eine reflectorische Beinbewegung immer zu erzielen; in gewissen Fällen erhebt sich das Bein extendirt von der Unterlage und beugt sich erst nachträglich im Knie als Zeichen der Ataxie.

Für die Sehnenreflexe gilt als allgemeine Regel, dass sie verstärkt sind: sie sprechen leichter an, die Excursion ist grösser, die reflexogene Zone erweitert sich oft, es besteht Neigung zur Nachdauer der reflectorischen Bewegung in der Gestalt des Clonus.

Bei aufmerksamer Prüfung begegnet man kaum je Schwierigkeiten, Reflexe dieser Art von den sogenannt verstärkten in Fällen von functionellem Nervenleiden zu unterscheiden.

Ein echter regelmässiger Clonus findet sich da wohl niemals[1]).

Eine dauernde Abschwächung resp. Aufhebung der Sehnenreflexe

---

1) Auch hier bildet das Verhalten unmittelbar nach einem epileptischen Anfall häufig eine Ausnahme. Oefters sah ich in den ersten Minuten nach der Attacke typischen Fussclonus neben Babinski'schem Phänomen beiderseits auftreten (genuine Epilepsie!).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei uncomplicirter residuärer Hemiplegie sah ich nimmer. Es wird jedoch die absolute Nothwendigkeit supraspinaler Impulse für ihre Auslösung von vielen befürwortet auf Grund von Erfahrungen bei hohen Querläsionen im Cervicodorsalmark, wo die Sehnenphänomene ausblieben. Es steht nach meiner Meinung aber der Auffassung nichts im Wege, dass dieses sogenannte Bastian'sche Gesetz seine Erklärung findet in der ganz colossalen Veränderung im nervösen Gleichgewicht der untern Rückenmarkstelle, welche die Folge einer solchen Läsion sein muss.

Eine starke, eventuell lange anhaltende Diaschisis macht sich zweifellos hier geltend, welche aber unter Umständen einer Bahnung im Reflexübertragungsapparat sehr wohl wieder Platz machen könnte[1]). Ueberhaupt scheint mir der temporäre Einfluss auf den Ablauf der reflectorischen Vorgänge, ausgehend von der Absperrung centraler Verbindungen oft zu wenig beachtet. Und dennoch ist dieser, ganz abgesehen von der allerersten Zeit der Spaltungen, vielfach zu beobachten auch bei sehr stark automatisirten Reflexen. So findet man z. B. bei genauerem Nachfragen[2]) bei Hemiplegikern oft Zeichen von vorübergehenden Störungen in der Harnentleerung.

Die Verbindung des Grosshirns mit dem reflexvermittelnden Apparat ist physiologisch als sicher zu betrachten; das Suchen nach den jeweiligen anf- und absteigenden Bahnen erscheint mir aber wenig aussichtsvoll so lange kein Grund vorliegt anzunehmen, dass gerade dieses oder jenes Fasersystem mit der Herstellung dieses Connexes betraut sein muss. Ohne Zweifel besitzen die Hautreflexe eine grössere Vulnerabilität als die Sehnenphänomene im Sinne der Tendenz zur Aufhebung in Folge des Wegfalls cerebraler Verbindungen. Dass aber dieser Wegfall nicht immer in derselben Weise wirken muss, zeigt uns der oben angeführte Fall F. B., wo neben der bis zur Lähmung gesteigerten Bewegungsschwäche die Sehnenreflexe fehlten, an der Fusssohle das Babinski'sche Phänomen — gewöhnlich als Zeichen einer Ueberreizung betrachtet, hier dagegen deutlich zu erkennen als Symptom der einfach abnormalen Function im Reflexübertragungsapparat — nachzuweisen war.

Freilich ist, wie gesagt, das Umgekehrte ein häufigeres Vorkommnis; so zeigte der Patient D. M. direct nach einem Anfall aufgehobenen Plantarreflex mit starkem Fussclonus.

---

1) Siehe auch Lapinski, Der Zustand d. Reflexe in paralys. Körpertheilen bei totaler Durchtrennung des Rückenmarkes. Archiv f. Psych. 42. I, welcher Aufsatz erst, als vorliegende Abhandlung schon geschrieben war, mir zur Gesicht kam.

2) Siehe auch E. Müller, Ueber das Verhalten der Blasenthätigkeit bei cerebraler Hemiplegie. Neurol. Centralbl. 1903.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dass aber ersteres Verhalten bei cerebralen Affectionen dann und wann beachtet werden kann, zeigt meines Erachtens, dass die Leitungsfähigkeit der behaupteten langen Schenkel des Hautreflexbogens keineswegs eine unumgängliche Bedingung für die Auslösung der fraglichen Bewegung sein muss[1]). —

Bei der klinischen Untersuchung wird die Stärke der Sehnenreflexe oft als Maass für den Tonus betrachtet, andererseits sucht man den Tonus direct zu messen durch die Bestimmung des Widerstandes bei passiven Muskelbewegungen bezw. ersetzt man den Tonus durch diesen Letzteren. Wenn der Tonus den Innervationsgrad des ruhenden, nicht gereizten Muskels darstellt, ist schon ohne Weiteres deutlich, dass keine von beiden genannten Methoden der Aufgabe gewachsen sein kann. In diesem Sinne wäre die Erstere noch einwandsfreier, weil sie nicht beansprucht direct zu messen, sondern nur eine Parallele zu ziehen.

Leider ist aber die Existenzmöglichkeit einer solchen Parallele etwas fraglich; wissen wir doch, dass in Fällen von sicher vermindertem Tonus oft der Patellarreflex verstärkt sein kann.

Wenn nun auch die Methode des passiven Widerstandes kein absolutes Maass zu geben vermag, so können wir doch durch Vergleich mit der nicht betroffenen Seite bei Hemiplegie uns mit ihr ein relatives Urtheil über das Symptom bilden.

In den contracturirten Muskeln ist der Tonus, i. e. der passive Widerstand (wenn man diese Bezeichnungen, wie Mann es thut, promiscue gebraucht) erhöht. Andererseits wurde z. B. von Lewandowsky[2]) darauf hingewiesen, dass die Hypertonie und die posthemiplegische Contractur nicht analog sein könnte, weil die letztere viel zu spät entstehe.

Thatsächlich findet man oft bei Hemiplegikern sowie bei Thieren nach bezüglichen Operationen (Rindenextirpationen etc.) Hypertonie (erhöhten passiven Widerstand) noch ehe von bleibender Contractur die Rede ist.

---

1) Auch in einem Falle von Status epilepticus, welcher zum Tode führte, beobachtete ich neuerdings im Verlaufe der zwei letzten Lebenstage: 1. starke Patellarreflexe, Fussclonus mit Aufhebung sämmtlicher Hautreflexe; 2. Patellarreflexe und Fussclonus stark, Babinski lebhaft, mässigen Bauchreflex; 3. lebhafte Sehnenreflexe, keinen Fussclonus, Babinski, keinen Bauchreflex; endlich kurz vor dem Tode 4. alle Sehnen- und Hautreflexe aufgehoben, bei starkem Streichen der Fusssohle echten Babinski mit deutlich angedeuteter Hüft- und Kniebeugung.

2) Lewandowsky, Ueber den Muskeltonus insbes. s. Beziehung zur Grosshirnrinde. Journal f. Psychol. und Neurol. 1902. Heft 1 und 2.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wie oben auseinandergesetzt, ist dieser Zustand ein vorübergehender; dieses Stadium der sogenannten „Frühcontracturen" zeigt in der Vertheilung der Hypertonie eine viel grössere Abwechslung als das residuäre Stadium; der erhöhte passive Widerstand findet sich aber doch immer in den mitunter nur flüchtig contracturirten Muskeln.

Dass aber auch in Fällen, wo weder Früh- noch residuäre Contractur besteht, erhöhter Muskelwiderstand sich vorfinden kann bei Erkrankungen des Centralnervensystems, sieht man z. B. in der Paralysis agitans (wenn hierbei nicht vielleicht die in letzter Zeit gefundenen Muskelveränderungen eine Rolle spielen mögen). Ueberhaupt ist die Grenze zwischen einfach erhöhtem Tonus und Contractur nicht ganz scharf zu ziehen.

Wenn die Hypertonie sich dermaassen steigert, dass eine Stellungsveränderung des Gliedes die Folge ist, spricht man klinisch von Contractur. Dass diese aber — so lange sie nicht durch nutritive Störungen in den Muskeln etc. complicirt ist — durch die verschiedensten centralen und peripheren Ursachen — temporär überwunden bezw. modificirt werden kann, muss immer im Auge gehalten werden.

Es bleibt aber bei der Prüfung, ob Hypertonie besteht oder nicht, immer die Schwierigkeit, dass durch die Untersuchung ein Reiz auf die zu prüfende Muskulatur ausgeübt wird. Aus diesem Grunde ist aber, wenn sogar der Reiz, welchen die passive Bewegung auf die Muskulatur ausübt, nicht im Stande ist in dieser einen fühlbaren Widerstand auszulösen, im Gegentheil die Diagnose Atonie um so besser zu stellen. Nun ist bei einer Hemiplegie, wo allgemeine Atonie in Folge der Anfangsdiaschisis gefunden wird, keine Contractur vorhanden.

Und auch in den späteren, sogar im residuären Stadium, lässt sich bekanntlich oft durch sorgfältige Fernhaltung aller sensiblen Reize ein Zustand herbeiführen, wo das Glied (namentlich das Bein) mindestens hypotonisch ist und von einer Contractur jedenfalls nicht gesprochen werden kann.

Dieser Ausschlag nach der negativen Seite ist gleich wie der nach der positiven, in derartiger Weise, wie es oben für Reflexe erörtert worden ist, am besten zu betrachten als die Aeusserung einer — hier den Tonus betreffenden — Ataxie in Folge des Wegfalles cerebraler Verbindungen.

Diese Ataxie, von welcher die Folgen der Diaschisis eine specielle Abart bilden, äussert sich in Bezug auf Reflexe und Tonus gar nicht immer in gleicher Weise. Das ist am schönsten in der Zeit der vollständigen Erschlaffung in Anschluss an epileptiforme Anfälle zu beobachten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die oben referirten Fälle D. M. und F. B. zeigten nach schweren Attacken völlige Relaxation in der ganzen Muskulatur aller Extremitäten und dennoch war im ersten starker und typischer Fussclonus, im letzteren einseitiges Babinski'sches Phänomen vorhanden.

Nun findet sich, wie schon erwähnt, im Beginnstadium vieler Hemiplegien die von Heilbronner[1]) beschriebene Tonusveränderung, welche diesem Autor zur Aufstellung des Symptoms des breiten Beins (breiter Waden, breiter Oberarm) Anlass gegeben hat. Im obengenannten Falle C. v. B. konnte ich die Erscheinung wahrnehmen, ohne dass im passiven Widerstand der übrigen Muskulatur irgend welche Abweichung von der Norm im negativen Sinne zu finden war, und ohne Störungen in der willkürlichen oder reflectorischen Motilität.

Wir haben es hier somit mit einer Tonusmodification zu thun, welche nicht nothwendig eine allgemeine Herabsetzung des passiven Muskelwiderstandes (Hypo- und Atonie) bedingt.

Dass sie sogar bestehen kann neben deutlich erhöhter Spannung in anderen Theilen, beweist der Fall F. B., wo eine Stunde nach einer heftigen langdauernden Attacke stark ausgesprochenes breites Bein rechts vorhanden war mit ziemlich verstärktem Widerstand (gegenüber links) bei allen passiven Bewegungen in den verschiedenen Gelenken der unteren Extremität. Die übrigen von mir wahrgenommenen hierher gehörenden Fälle, waren fast alle mit allgemeiner Herabsetzung des Tonus verbunden, auch wenn die Sehnenreflexe (scheinbar oder wirklich s. u.) gesteigert waren.

Während also bei der gewöhnlichen Atonie auch durch den äusseren Reiz der passiven Bewegung ein Tonus nicht fühlbar wird, ist hier schon in der Ruhe eine „deformirende" Erschlaffung vorhanden, welche aber auf denselben äusseren Reiz hin einer nahezu normalen Spannung Platz machen kann.

Den gewöhnlich beobachteten quantitativen Veränderungen des passiven Widerstandes gegenüber, wäre dieser Verlust des formerhaltenden Tonus, wie ihn Heilbronner genannt hat, als eine qualitative Tonusmodification zu betrachten. Ganz analog den Veränderungen in den dynamischen Synergien hätten wir es hier zu thun mit einer Beeinträchtigung der coordinirten Statik.

Man kann die Erscheinung als das Negativ einer Contractur betrachten, während der gewöhnlichen allgemeinen Hypo-, bezw. Atonie die allgemein erhöhte Spannung gegenüber zu stellen ist, wie man sie z. B. in den Frühstadien der Hemiplegie oft antrifft.

---

1) l. c.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es ist schon öfters die Frage ventilirt, in welcher Reihenfolge — wenn überhaupt — in der Hemiplegie die motorischen Functionen zurückkehren.

Dass die Sehnenreflexe am ehesten wieder auszulösen sind, ist wohl fast immer leicht nachzuweisen. Der Tonus und die willkürliche Beweglichkeit kommen nach Mann bald nacheinander, der Tonus zuerst. Demgegenüber ist Heilbronner der Meinung, die willkürliche Motilität gehe der Wiederkehr des Tonus voraus, während vor dem Eintreten der Hypertonie das breite Bein nicht mehr nachzuweisen sei. Die Hautreflexe bleiben auf der gelähmten Seite am längsten fort, kommen abgeschwächt zurück oder fehlen dauernd, oft mit Ausnahme des Plantarreflexes, welcher die Babinski'sche Eigenthümlichkeit zeigt.

Insoweit die initiale Hemiplegie nur ein Specialfall des theilweise aufgehobenen, bezw. veränderten Einflusses seitens des Grosshirns auf die subcorticalen Centren darstellt, habe ich für diesen im Vorhergehengehenden nachzuweisen versucht, dass von einer typischen Reihenfolge wohl kaum gesprochen werden kann.

Ein pathologischer Plantarreflex kann vorkommen, ohne dass ein einziger anderer Reflex auszulösen ist und bei vollständiger Atonie; das breite Bein wird bisweilen zusammen mit allgemeiner Hypertonie gefunden.

Ganz abgesehen davon ob die Erb'sche oder Westphal'sche Anschauung über die Sehnenphänomene die richtige ist, ist sowohl für diese wie für die übrigen Reflexe, den Tonus und die willkürliche Beweglichkeit ein relativ unversehrtes „Etwas" im Rückenmarke Bedingung.

Es liegt kein Grund vor anzunehmen, dass die Hauptinnervationsstelle der reflectorischen Bewegung, der motorische Theil des sogenannten Reflexbogens, nicht zusammenfallen würde mit der letzten, intraspinalen Strecke des willkürlichen Bewegungsimpulses, sowie mit dem Ort, wo der tonisirende Einfluss einsetzt.

Die nämlichen „Centren" bilden also die distalsten central-nervösen Angriffspunkte, bezw. Vertretungen für Willkürbewegung, Reflex und Tonus. Die Läsion wichtiger corticaler Verbindungen verursacht eine ungeordnete Function in diesen.

Die vom Grosshirn via den unversehrt gebliebenen Pyramidenfasern, bezw. den übrigen Bahnen (Principalbahnen) geleiteten Impulse führen entweder nicht oder nur mangelhaft zu motorischen Effecten.

Eine Bewegungsataxie ist davon die Folge, welche unter Umständen sich steigern kann zur völligen Aufhebung der Willkürbewegungen in den betreffenden Muskelgruppen.

Die von der Peripherie stammenden Reize, welche die Innervation

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu reflectorischen Bewegungen oder zum Tonus veranlassen, kommen ebenfalls im desequilibrirten Centrum in abnormaler Weise zur Geltung.

Bekanntlich sind dennoch Tonus und Reflexe nicht immer in gleichem Sinne verändert. Namentlich sieht man oft bei vermindertem Tonus erhöhte Reflexerregbarkeit. Freilich ist diese letztere bei näherer Betrachtung meistens unterschieden von der Reflexerhöhung in Fällen von Hypertonie. Wenn auch der Excursionswinkel der reflectorischen Bewegung grösser als normal ist, fällt oft eine Incongruenz zwischen diesem und dem Contractionsgrad der reflectorisch thätigen Muskeln auf. Ebenfalls ist oft die Latenzzeit zwischen Reiz und Reflexbewegung eine merkbar grössere. Dass endlich nach abgelaufenem Reflex das betreffende Glied in vielen Fällen — passive — Pendelbewegungen macht, hängt wohl direct mit dem verminderten Tonus der betreffenden Muskeln und ihren „Antagonisten“ zusammen.

Wie es aber mit der Reflexerhöhung bei bestehender Hypotonie auch gestellt sein mag, sicher ist, dass sehr oft die Sehnenreflexe in solchen Umständen wenigstens anwesend sind. Erklärlich ist dies, wenn man die ganz verschiedenen Rollen berücksichtigt, welche der nämliche nervöse Apparat erfüllen muss, je nachdem es der Reflexübertragung dient oder zur Tonusauslösung in Anspruch genommen wird.

Bedingung für das Zustandekommen des Reflexes sowie des Tonus ist die Unversehrtheit des „Reflexbogens“; damit aber der normale Spannungszustand der Muskulatur ermöglicht wird, müssen die sensiblen Reize aus Muskeln, Gelenkbändern etc. nicht nur in genügender Anzahl zufliessen, sondern auch aufgespeichert werden.

Nun ist es sehr gut denkbar, dass diese letztere Fähigkeit, die summirten Einzelreize aufzuspeichern oder sie in richtiger Zeitfolge den Muskeln zufliessen zu lassen, ganz oder theilweise aufgehoben ist, während der von der Peripherie kommende Einzelreiz (z. B. Percussion der Patellarsehne), dem Reflexbogen entlang, das motorische Endglied desselben genügend erregt, um die reflectorische Bewegung auszulösen. Offenbar beeinträchtigen proximalwärts localisirte Läsionen eher und leichter die erstgenannte Function als die zweite. Die viel complicirtere Natur der ersteren macht das begreiflich, wie es ebenfalls aus dem complicirteren Aufbau der tonischen Innervation verständlich ist, dass sogar in den Fällen, wo kaum eine Spur mehr übrig ist von hemiplegischen Symptomen, fast immer noch leichte Abweichungen im positiven oder negativen Sinne (häufig auch scheinbar regellos gemischt) vom normalen Tonus nachzuweisen sind.

Woher nun auch der centrifugale Einfluss auf den Tonus stammen mag — ob und wie z. B. Kleinhirn oder Deiters'scher Kern auf ihn

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wirken —, Hauptsache ist, dass dieser sich in der durch die Ursache der Hemiplegie veranlassten Gleichgewichtsstörung in niederen Centren, nicht in gewöhnlicher Weise geltend machen kann.

Dass der Begriff Centrum eigentlich nur als eine physiologische Einheit —, nicht wie es namentlich in Bezug auf das Rückenmark noch so häufig geschieht — als eine anatomische zu betrachten ist, ergiebt sich aus dieser Anschauungsweise von selbst.

Der in Folge der Hemiplegie pathologisch veränderte Reflex zeigt ausser den bisher besprochenen, noch als weitere Besonderheiten vielfach die Ausbreitung der sogenannten reflexogenen Zone und das Uebergreifen des Bewegungseffectes auch auf andere Muskelgebiete als das für den betreffenden Vorgang charakteristische.

Die erstere Erscheinung gilt mehr oder weniger für jeden erhöhten Reflex, wenn auch, wenigstens nach meiner Erfahrung, kein bestimmter Parallelismus zu finden ist zwischen der jeweiligen Erhöhung und dieser Ausdehnung. Die am weitesten verschobene Grenze einer erregbaren Zone beobachtete ich bei einem Hemiplegiker, wo deutliches Babinskisches Phänomen noch von der inneren Kniegegend aus hervorgerufen war durch einfaches Klopfen.

Der Oppenheim'sche Unterschenkelreflex ist darum auch wohl als fast gleichwerthig mit dem Babinski'schen zu erachten, während er sogar bisweilen deutlich intensiver als der letztere ausfällt.

Als Seitenstück erfolgt bei einfach verstärktem Fusssohlenreflex — bei Epileptischen sah ich es mehrere Male — auch oft die Zehenbeugung auf Kneifen der inneren Seite des unteren Drittels des Unterschenkels viel prompter als auf Streichen der Fusssohle. Der reflexauslösende Reiz bewirkt im Uebergangsappart eine Gleichgewichtsstörung, welche sich durch den Impuls zur motorischen Antwort wieder ausgleicht; für das Hervorbringen dieser Störung muss der Reiz gewisse Qualitäten, unter Anderem auch die einer bestimmten Oertlichkeit haben; atypische — aus der Nachbarschaft der gewöhnlichen Reizpunkte stammende — Reize, welche unter normalen Umständen diese Gleichgewichtsstörung zu verursachen nicht im Stande sind, können in durch die Hemiplegie labiler gemachter „Centren" leichter einen Einfluss entfalten, und also den Reflex auslösen.

Andererseits bringen oft die typischen Reize für einen bestimmten Reflexvorgang nicht nur die gewöhnliche Bewegung hervor, sondern versetzen auch benachbarte Vertretungen anderer Muskeln in Action, wodurch das bekannte Phänomen des gekreuzten Adductorenreflexes (Marie) entsteht beim Beklopfen der Patellarsehne der anderen Seite. Namentlich von der gesunden Extremität aus ist diese Erscheinung

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oft nachzuweisen[1]), was ja auch der grösseren Irritabilität der Centren der kranken Seite entspricht.

Auch beobachtete ich oft — übrigens ebenfalls mitunter bei anscheinend Gesunden, namentlich aber auch bei ganz normalen Kindern — Plantarflexion des Fusses verbunden mit der Kniestreckung nach Percussion der Patellarsehne. Die Erscheinung ist am leichtesten nachzuweisen am schlaff herabhängenden Unterschenkel des auf dem Tisch sitzenden Patienten.

Man sieht die Fussspitze gleichzeitig mit der Knieextension herabsinken.

Aus der Lageverschiebung des hängenden Fusses ist dieses Senken nicht einfach zu erklären: wenn man die Fusssohle leicht unterstützt und die Achillessehne palpirt, während man von einem Gehülfen percutiren lässt, fühlt man deutlich die Bewegung.

Diese Reflexübertragung ist nach meiner Meinung ein weiterer Hinweis auf die Zusammengehörigkeit beider Streckbewegungen, wie diese schon oben betont worden ist. —

Im Allgemeinen sind solche Reflexübertragungen zu betrachten als Mitbewegungen und stehen in dieser Hinsicht auf demselben Plan wie gewisse Mitbewegungen bei willkürlichen motorischen Verrichtungen. Ein ansehnlicher Theil dieser Letzteren trägt nämlich einen typischen subcorticalen Charakter, in so weit durch sie Bewegungsformen zu Tage gefördert werden, welche einerseits demonstriren, dass der Cortex sich in der Innervation dieser Bewegung mangelhaft oder abnorm betheiligt, andererseits in sich doch eine als solche ausgebildete, in den niederen Centren vertretene Synergie bilden.

Hierher gehört nach meiner Meinung das Strümpell'sche Phänomen.

Während der Gesunde, wenn er das Bein an den Leib zieht, den Fuss einfach schlaff plantarflectirt hängen lässt, beugt der Hemiplegiker in vielen Fällen diesen dorsal, gleichsam als eine unnütze Luxusbewegung. Und in der That ist es in der gewollten, vom Grosshirn aus innervirten Bewegung als reiner Luxus zu betrachten, wenn der Fuss flectirt wird, eventuell auch das ganze Bein, in Kniebeugung hoch gehoben. Indessen ist, wie schon oben angeführt, die genannte Beugung in den Gelenken der unteren Extremität als eine einheitliche Synergie anzusehen, welche sich im Fusssohlenreflex sowie in einem Theil der Locomotionsbewegung kundgiebt und welche ohne Zweifel schon subcortical repräsentirt ist.

---

1) Siehe auch Heilbronner, l. c.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In normalen Umständen arbeitet das Grosshirn mit dieser Synergie und lässt für das willkürliche Anziehen an den Leib die in diesem Falle unnütze Dorsalflexion des Fusses fort; in der Hemiplegie löst der abnorme Grosshirnimpuls ebenfalls die Synergie — wenn auch in ihren Einzelheiten mehr oder weniger atactisch — aus, es fehlt ihm aber das Vermögen das Unnütze auszuscheiden, welche Fähigkeit ja nur von einer richtig functionirenden Regio Rolandica ausgeübt werden kann. Und daher wird der Fuss in Flexion mit angezogen.

Eine Mitbewegung gleicher Art ist die oft wahrzunehmende mitunter starke Extension im Handgelenke, wenn von einem Hemiplegiker einfache Faustballung ohne weitere Bewegungen verlangt wird.

Wie oben bereits ausgeführt, ist Handschliessung -streckung eine schon subcortical vertretene Synergie. In der Hemiplegie taucht sie, wenn nur ein Bruchstück aus ihr verlangt wird, im ganzen, wenn auch mit atactischen Bestandtheilen, wieder auf, während der Gesunde, der nur eine Handschliessung intendirt, ohne weiteres die Extension fortlässt, weil das Handgelenk vor der auszuführenden Bewegung fixirt wird[1]).

Ein drittes Beispiel liefert die auch schon erwähnte Abduction des Oberarmes, wenn dieser gehoben werden soll, z. B. um die Hand nach der Nase zu bringen. Man sieht diese Abduction ganz regelmässig, wenn auch mitunter nur angedeutet; seit Herr Professor v. Monakow meine Aufmerksamkeit auf diese Mitbewegung lenkte, konnte ich sie fast immer leicht nachweisen auch in Fällen ziemlich incompletter Hemiplegie.

Nun ist die Hebung-Abduction zusammen der Senkung-Abduction als niedere Synergie wohl sehr wahrscheinlich gegenüber gestellt: sie ist z. B. zurückzufinden in der typischen Abwehrbewegung der oberen Extremität. Auch hier gilt eine ähnliche Ueberlegung wie für die zwei genannten Bewegungen. Wir hätten somit in diesen drei Fällen zu thun mit Willkürbewegungen, welche atactische Bestandtheile zweierlei Herkunft zeigen: erstens einen rein corticalen, welcher die Luxus-

1) In einem Fall von traumatischer Gehirnhernie in der Gegend der rechten Regio Rolandica bei einer 3jährigen Patientin der Züricher Nervenpoliklinik fand ich die Handschliessung noch umständlicher gemacht durch Vorderarmbeugung und Adduction des Oberarmes nebst Extension im Handgelenk; diese Bewegungen erfolgten zwar langsam und zögernd, aber bei jedem Versuch, eine Faust zu machen, kehrten sie stereotyp zurück. Nur wurde regelmässig zwischen hineingeschoben eine starke Handbeugung, welche am Ende einer Extension mit Fingerschliessung Platz machte. — Vergl. weiter die Handschliessung im ersten beschriebenen Fall (65. Tag).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mitbewegung erzeugt, wodurch der Act ein subcorticales Gepräge bekommt; zweitens einen cortico-subcorticalen, wodurch eine gewisse Ungleichmässigkeit, Folge der Unvollständigkeit der Wechselwirkung im Contrahiren und Relaxiren der die Synergie zusammensetzenden Muskelantheile verursacht wird.

Zu unterscheiden von dieser Art der Mitbewegungen sind diejenigen, welche bei jeder Anforderung, eine gewisse, nur schwierig resp. ganz unmöglich zu machende Bewegung auszuführen, auftreten. Scheinbar bringt die Anstrengung, die schwierige Leistung zu vollbringen, den Kranken zu allerhand, zum Theil ganz unzweckmässigen und unnützen Bewegungen, unter Umständen in weit entfernten Muskelgebieten.

Die oft krampfartigen Verzerrungen der Gesichtsmuskulatur beim Versuch den Daumen der hemiplegischen Seite isolirt zu bewegen, bilden eines der vielen Beispiele dieser Erscheinung, welche auch bei Gesunden in Princip sich vorfindet.

Ein Theil der auf diesem Wege entstehenden Mitbewegungen hat indessen etwas Gesetzmässiges, nämlich die symmetrischen.

Sie werden ausgelöst in der kranken Seite von der Gesunden aus, wie auch umgekehrt.

Am leichtesten nachzuweisen ist die fast regelmässig auftretende symmetrische Handschliessung. Hier und da ist die gleiche Symmetrie zu finden beim an den Leib Ziehen des Beines. Heilbronner sah (l. c.) diese Bewegung ausgeführt werden im gesunden Bein, wenn sie nur im Kranken gewollt wurde, während umgekehrt der gekreuzte Adductorenreflex nur beim Beklopfen der Patellarsehne des gesunden Beines auftrat. Ich konnte diesen Befund in einem Falle bestätigen und erkläre mir ihn einerseits durch den verhältnissmässig viel zu intensiven — und ungeordneten — Impuls zur Bewegung des kranken Gliedes, welcher die Innervation des Gesunden leicht veranlasst, andererseits durch die abnormale Reizbarkeit im Reflexübertragungsapparat der kranken Seite, wodurch auch hier eine reflectorische Bewegung schon durch die (geringe) Excitation seitens des nur für die gesunde Seite bestimmten auslösenden Reizes verursacht wird. Wenn auch im nicht direct betroffenen Gliede die Reflexe stark erhöht sind, kann man die kreuzweise Uebertragung beiderseits sehen, wie z. B. im Falle C. v. B. einen Tag nach einem apoplectiformen Anfall, wo ausserdem noch symmetrischer Patellarreflex und gleichseitiger Adductorenreflex sich vorfand[1]).

1) Die Hautreflexe (Bauch und Cremaster), welche ja in der Hemiplegie sehr oft auf der gelähmten Seite aufgehoben sind, habe ich da nie symmetrisch auftreten gefunden. Es war mir darum interessant zu sehen, wie diese Beiden

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Frage, wo die Innervation zur symmetrischen Mitbewegung ihren Ursprung nimmt, ist vorläufig meines Erachtens nicht genau zu beantworten. Jedenfalls muss die Stelle weit proximalwärts, eventuell in der unversehrten Cortexhälfte gesucht werden; die für jede Mitbewegung, — wenn sie auch im Allgemeinen als eine nicht nothwendig von der Regio Rolandica ausschliesslich beherrschte zu betrachten ist, vielmehr sich präsentirt im gröberen Charakter der von den Principalcentren aus innervirten Bewegungen — zu postulirende Inanspruchnahme einer langen Innervationskette, macht die „Irradiation" in den niedersten Centren äusserst unwahrscheinlich. Die bei neugeborenen Kindern zu beobachtenden, fast nur bilateralen und oft einigermaassen symmetrischen Bewegungen, weiter die Thatsache, dass bei gewissen Idioten ausschliesslich ziemlich genau symmetrische Bewegungen überhaupt möglich sind, legen jedenfalls die Vermuthung nahe der präformirten Tendenz zur symmetrischen Innervation, welche beim einseitigen partiellen Fortfall der wichtigsten centrifugalen Bahnen, wie in der Hemiplegie wieder etwas stärker sich geltend machen könnte, insbesondere wenn von der betroffenen Gehirnhälfte aus der Impuls gegeben wird, welcher der beabsichtigten motorischen Leistung nicht genau angepasst, sondern mehr weniger ungeordnet, zu kräftig und roh ist[1]).

Wenn nicht alle vorkommenden Mitbewegungen sich von den hier aufgestellten Gesichtspunkten aus betrachten lassen, scheint mir doch beim Studium der Synkinesie namentlich der eventuelle Nachweis einer subcortical vertretenen Synergie, in welcher die Mitbewegung enthalten ist, von Wichtigkeit. Es wäre nicht unmöglich, dass auch gewisse, bisher nicht recht verstandene, sich über grössere Körperabschnitte ausdehnende Mitbewegungen zum gleichen Princip zurückzubringen wären; dadurch würde jedenfalls eine physiologische, wenn auch noch keine ausreichend anatomische, Erklärung gegeben sein. Und zugleich wäre eine neue Stütze gewonnen für die Möglichkeit, alle durch die typische

---

im Falle D. M. sehr prompt beim Streichen der entsprechenden Hautpartien der gesunden Seite sich zeigten, und nicht umgekehrt, obwohl sie bei directer Reizung sehr viel schwächer waren als die contralateralen. Ich sehe hierin einen Hinweis nach der oben geäusserten Meinung, dass auch der Hautreflexbogen selbst bei Aufhebung des Reflexes nicht als einfach lahmgelegt betrachtet werden muss, sondern durch abnorme Innervationsverhältnisse in seiner Function geschädigt und für gewisse Reize sogar eventuell überempfindlich.

1) Schon bei Gesunden, namentlich bei jungen Kindern treten genau symmetrische Mitbewegungen, wenn grössere Kraft angewandt wird, oft mit überraschender Constanz auf.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hemiplegie verursachten Störungen in der Motilität zu betrachten als die directen Folgen des Ausfalls wichtiger corticaler Impulse und der mit diesem einhergehenden abnormen Reizbarkeit der subcorticalen und spinalen Centren, welche in der centralen Vertretung sehr vieler Synergien verschiedener Art einen äusserst wichtigen Antheil haben.

Zusammenfassung.

1. Die Hemiplegie ist principiell zu betrachten als eine einseitige allgemeine statische und dynamische Ataxie, welche bedingt ist durch die Läsion wichtiger cortico-fugaler Verbindungen und die dadurch entstandene Gleichgewichtsstörung in subcorticalen und spinalen Centren

2. Diese Gleichgewichtsstörung macht sich sowohl in den einzelnen Centren geltend, als auch im gegenseitigen Verhalten derselben.

3. Die Ataxie äussert sich in den willkürlichen Bewegungen:

a) Durch unrichtige Vertheilung von Contraction und Erschlaffung über die mit der Ausführung einer Synergie betraute Muskulatur. In Folge dieser fehlerhaften Innervation können die Bewegungen die verschiedensten Abweichungen von der Norm zeigen; unter Umständen können sie sogar nicht einmal im Princip ausgeführt werden. Die Ataxie steigert sich in solchen Fällen zur Lähmung.

Diese letztere ist vor Allem unter dem Einflusse der Diaschisis zu beobachten; dann auch in dem Stadium der Frühcontracturen, wo der Impuls zu einer Bewegung häufig alle an der Synergie betheiligte Muskeln in starke Contraction versetzt, wodurch die intendirte motorische Leistung durch mangelnde Erschlaffung eines Theiles dieser Muskeln unmöglich gemacht wird.

b) Durch Mitbewegungen; ein Theil dieser muss betrachtet werden als functionell eng verknüpft mit denjenigen motorischen Verrichtungen, welche sie begleiten; in dem Sinne, dass sie mit diesen letzteren zusammen eine einheitliche subcortical vertretene Synergie bilden. Durch die abnorme Innervation seitens des Cortex ist aber die Fähigkeit verloren gegangen aus diese. Synergie einen ihrer Bestandtheile, auch wenn dieser in der gewollten Bewegung fortgelassen werden sollte, auszuscheiden (Strümpell's Phänomen etc.)

c. Bleibend aufgehoben sind für gewöhnlich nur diejenigen Bewegungen, welche eine directe Mitwirkung der Regio Rolandica

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zur Voraussetzung haben; (im Allgemeinen die feineren Zielbewegungen und Fertigkeiten).

4. Die Gleichgewichtsstörung innerhalb der einzelnen Centren zeigt sich:

a) In den Reflexveränderungen, welche je nach dem Grad und der Art der Störung in positivem oder negativem Sinne auftreten können. Die gänzliche Aufhebung der Reflexe ist, abgesehen von complicirenden Krankheiten, stets als Diaschisissymptom zu betrachten. Es liegt kein Anlass vor zwischen Haut- und Sehnenreflexen in Bezug auf die Localisation ihrer Centren principielle Unterschiede zu machen. Die qualitative Modification des Fusssohlenreflexes im Sinne Babinki's ist die directe Folge des mangelnden Cortexeinflusses.

Sie ist keineswegs immer die Folge von Degeneration der Pyramidenbahn.

b) In den Veränderungen des Tonus.

Diese statische Ataxie kann:

α) Die ganze Muskulatur der hemiplegischen Extremitäten im Sinne einer allgemeinen Hypo-, bezw. Atonie betreffen (Diaschisissymptom).

β) Sie kann auch die zu einem gemeinsamen statischen Zwecke coordinirte Muskulatur in besonderer Weise in ihrer Function beeinträchtigen. (Breites Bein etc.; gewöhnlich, aber nicht nothwendig, mit allgemeiner Atonie verbunden; Verlust des formerhaltenden Tonus [Heilbronner]).

γ) Der allgemeine Reizzustand, in dem sich die subcorticalen Centren befinden, kann zu allgemeiner Erhöhung des Tonus führen; die Spannung in den verschiedenen Muskelgruppen wechselt häufig in Bezug auf ihr gegenseitiges Verhalten.

Die Frühcontracturen sind davon die Folge, welche gewöhnlich nur flüchtig, in Verbindung mit anderweitigen Complicationen im Centralnervensystem, miunter auch bleibend sein können.

5. Die Gleichgewichtsstörung in den subcorticalen Centren in Bezug auf ihr gegenseitiges Verhalten führt, nach dem Stadium der Frühcontracturen, allmählich zu dem der residuären Contracturen. Der Typus dieser letzteren wird in erster Linie durch die Thatsache bestimmt, dass gewisse Synergien subcortical besonders feste, unabhängige Vertretungen besitzen, welche, in Vergleich mit den Repräsentationen der diesen entgegenwirkenden Synergien, unter dem Einfluss der abnormen corticalen Innervation eine relative, wenn auch abnorme Hyperfunction enthalten.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Hauptagonisten der ersteren gerathen dadurch in Contractur, die Hauptagonisten der letzteren werden gedehnt und scheinen deshalb, besonders in alten Fällen, häufig ganz gelähmt für Willkürbewegungen.

Diese relativ festeren subcorticalen Vertretungen kommen den physiologisch wichtigsten Bewegungsformen zu; die Contractur der Hauptagonisten in den diese Bewegungen ansführenden Synergien bestimmen deswegen zum grossen Theil die residuären Stellungen in den Gelenken der Extremitäten. Ausserdem spielen neben dieser Hauptursache noch gewisse andere Momente (Schwerkraft, Uebung, „Zufall") eine Rolle in der Genese des definitiven Zustandes.

Es besteht kein principieller Gegensatz zwischen Lähmung und Contractur.

Nachtrag. Nach Fertigstellung dieser Arbeit wurden mir die sehr beachtenswerthen Aufsätze

O. Förster, Die Contracturen bei den Erkrankungen der Pyramidenbahn, 1907 und H. Curschmann, Beiträge zur Physiol. und Pathol. der contralateralen Mitbewegungen. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk. Sept. 1906

bekannt. Ich konnte also diese nicht berücksichtigen.

Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XXVI.

Aus der Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskrankheiten zu Halle a. S. (Prof. Anton).

Die diagnostische Verwerthung der Schallleitungsveränderungen des Schädels bei intra- und extracraniellen Herderkrankungen.

Von

Dr. **Ed. Phleps,**
Assistenzarzt der Klinik.

(Hierzu 2 Abbildungen im Text.)

(Schluss.)

Fall XII.

Josephine Sch., 35 Jahre, Näherin. Erste Aufnahme auf die Klinik in Graz am 9. December 1903. Von früheren Erkrankungen ist zu erwähnen, dass Patientin im Alter von 25 Jahren ohne weitere Vorboten einen Krampfanfall in der linken oberen Extremität, angeblich ohne Bewusstseinsverlust, bekam. Im Anschlusse daran hatte sich eine 5 Monate dauernde erhebliche Schwäche der Extremität eingestellt. Später sei sie bis zum Eintritt ihrer gegenwärtigen Krankheit immer vollkommen gesund gewesen. 4 Monate vor ihrer Aufnahme ins Spital soll sie nach Vorboten, die in Gefühl von Blutandrang zum Kopfe und Uebelkeiten bestanden, ohnmächtig geworden sein, angeblich ohne krampfartige Zuckungen am Körper. Die Ohnmacht soll eine Stunde lang gedauert haben. Seither sollen solche Anfalle in grösseren Intervallen gefolgt sein, doch stellten sich dabei Zuckungen im linken Arm ein. Die letzten Anfälle sollen nur in Zuckungen der genannten Extremität bestanden haben und ohne Bewusstseinsverlust verlaufen sein.

Die linke Körperseite sei im Ganzen schwächer als die rechte. Patientin klagt über heftige Kopfschmerzen, die ihr besonders Nachts den Schlaf rauben; das Sehvermögen habe am rechten Auge bedeutend abgenommen.

Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Patientin hat 5 Mal geboren, davon waren 4 Frühgeburten, die alle macerirt zur Welt kamen, bis auf das dritte Kind, das ohne sichtbare Veränderungen an der Haut geboren worden sein soll. Es starb jedoch 2 Monate nach der Geburt unter Krämpfen. Die fünfte Gravidität endigte mit einem Abortus im dritten Monat.

Status: Patientin ist gut genährt; der Schädel ist symmetrisch und zeigt bei Inspection und Palpation nichts Besonderes. Von Seiten der Hirnnerven sind nur Veränderungen im Gebiete der Augen zu erwähnen, die Pupillen sind mittelweit und reagiren beiderseits auf Licht etwas träger, besser bei Accommodation und Convergenz. Es besteht beiderseits Stauungspapille mit Blutungen und Exsudation in die Retina. Die Niveaudifferenz beträgt 4 Dioptrien. Bei späterer Untersuchung war die rechte Pupille weiter und reagirte schlechter als die linke auf Licht. Das Sehvermögen war nicht nennenswerth beeinträchtigt. Das Gesichtsfeld ist weder rechts noch links eingeengt. Die Zunge weicht beim Vorstrecken eine Spur nach links und zittert, die Rachen- und Gaumenreflexe sind herabgesetzt. Die oberen Extremitäten zeigen bei geradem Vorhalten deutlichen Tremor, linkerseits mehr als rechts, der sich auch bei Intention erhält, sich rechterseits sogar steigert. Die Bewegungsform an den oberen Extremitäten zeigt beiderseits normalen Ablauf; die Aufeinanderfolge der Bewegungen ist rasch und sicher, es bestehen keine apraktischen Störungen. Der Tricepsreflex und Periostreflex, sowie andere Reflexe an den oberen Extremitäten sind beiderseits gleich; die Kniesehnenreflexe sind etwas lebhafter, rechts = links, ebenso die Achillessehnenreflexe. Bei Intentionsbewegungen der Beine besteht gleichfalls Tremor, links deutlicher als rechts. Ataxie ist nicht nachweisbar. Die grobe Muskelkraft ist nicht nennenswerth geschädigt, die Motilität im Ganzen intact. Die Plantarreflexe sind sehr lebhaft und von normaler Form, die Bauchhautreflexe beiderseits gleich. Bei aufrechtem Stehen mit geschlossenen Füssen erfolgt minimales Schwanken. Das Stehen auf dem linken Fuss allein gelingt etwas weniger gut als rechts.

Die Sensibilität ist in allen Theilen am ganzen Körper vollkommen intact, insbesondere besteht keine Störung des Lagegefühls, keine Tastlähmung.

Die Percussion des Schädels ist besonders auf der rechten Schädelseite in der Stirngegend schmerzhaft.

Der Percussionston ist im vorderen rechten Schädelantheil kürzer als links. Die Prüfung der Schallleitung mittelst Stimmgabel ergiebt im Allgemeinen eine schlechtere Schallleitung der rechten Schädelseite und zwar lässt sich eine enger umschriebene Stelle nicht auffinden. Der Unterschied besteht besonders im vorderen Schädelantheil und ist nach rückwärts bis zur Parietalregion zu verfolgen, nach vorne zu bis zu den Frontalhöckern. Im unteren Antheil der Schläferegion gleicht sich der Unterschied nach unten zu aus. Ueber den Warzenfortsätzen ist der Schall rechterseits umgekehrt deutlicher als links.

Die Auscultation des Stimmfremitus ergiebt gleichfalls eine Verminderung desselben in der Gegend oberhalb der Linea semicircularis im hinteren Stirn-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beinantheil und über dem Scheitelbein rechterseits. Zu tasten ist der Unterschied des Stimmfremitus nicht.

Die Untersuchung der inneren Organe blieb vollkommen ohne krankhaften Befund, auch im Harne nichts Pathologisches.

Während eines vierwöchentlichen Aufenthaltes der Patientin auf der Klinik wurde eine antiluetische Behandlung, bestehend in einer combinirten Quecksilber- und Jodtherapie durchgeführt und in der ersten Zeit auch Brom verabreicht. Epileptiforme Anfälle wurden nicht beobachtet. Der Gesammtzustand der Patientin besserte sich erheblich, indem die anfänglichen Kopfschmerzen vollkommen schwanden und die diskreten Paresen der linken oberen und unteren Extremität noch mehr zurücktraten. Nach Ablauf der genannten Zeit verliess Patientin gegen den Rath des Arztes die Klinik. Die Stauungspapille war nicht nennenswerth verändert.

Am 28. Mai kam Patientin neuerdings zur Aufnahme, sie hatte sich inzwischen bis vor 4 Wochen angeblich vollkommen wohl gefühlt und konnte ihre Arbeiten als Näherin gut erledigen. Es stellten sich nun neuerdings dieselben Beschwerden wie vor der ersten Aufnahme ein, nur in erheblich stärkerem Ausmaasse. Patientin bekam intensive Stirn- und Hinterhauptskopfschmerzen, Brechreiz und erhebliche Schwäche in der linken oberen Extremität. Dazu kam ein Gefühl allgemeiner grosser Schwäche und Vergesslichkeit. Das Sehvermögen verschlechterte sich gleichfalls bedeutend, nachdem es früher angeblich wieder vollkommen gut geworden war. Die Ohnmachtsanfälle von früher traten wieder auf und zwar viel schwerer als damals, mit heftigen Zuckungen besonders in der linken Körperseite. Beim Arbeiten habe sie bemerkt, dass das Tastvermögen in der linken Hand allmählich immer mehr und mehr nachgelassen habe, und dass sich ein Gefühl von Todtsein in derselben einstellte. Schliesslich sei ihre Fähigkeit, die Gegenstände auf dem Wege des Tastens zu erkennen, vollkommen geschwunden.

Bei der Aufnahme fand sich eine beiderseitige hochgradige Stauungspapille von 6—8 Dioptrien mit Blutungen und Exsudatstreifen längs der Gefässe; rechterseits ist die Betheiligung der Retina eine stärkere als links. Die Augen bewegen sich beim reactiven Sehen auf akustische oder andersartige Reize, sowie bei den Blickbewegungen, welche beim Suchen bestimmter Gegenstände zum Austasten des Raumes gemacht werden, unsicher und erscheinen dadurch in eigenthümlicher Weise gestört, während sie einzelne Blickrichtungen, wie z. B. auf Aufforderung nach rechts oder links, oben oder unten zu sehen, ohne jede Parese, Nystagmus oder dergleichen ausführen können.

Im Vergleich zur früheren Untersuchung ist noch weiter zu erwähnen, dass eine rechtsseitige Facialisparese in allen 3 Aesten besteht. An den oberen Extremitäten ist das Zittern linkerseits erheblich stärker als früher, es steigert sich bei Intention zu lebhaftem Schütteltremor. Das Localisationsvermögen für Berührungen der Haut fehlt: ebenso das Nachahmen für Bewegungen und Stellungen, welche der linken Hand gegeben werden, durch die rechte Seite. Die Berührungsempfindung der Haut als solche ist erhalten, die Schmerzempfindung scheint links etwas erhöht zu sein, die Temperaturempfindung un-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gestört, die Vibrationsempfindung wird links als sehr unangenehm bezeichnet, ohne in der Quantität gesteigert zu sein. Auf dem Wege des Tastens vermag sie vorgelegte Gegenstände links nicht zu erkennen. Die Bewegungen geschehen an der linken oberen Extremitat auffällig ungeschickt, Patientin vermag eine Reihe von einfachen Handlungen nicht durchzuführen.

Die Orientirung im Raume und die Abschätzung von Tiefen ist eine vollkommen gute. Das stereoskopische Sehen von vorgezeigten Gegenständen, wenn dieselben in starker Verkürzung gezeigt werden, hat sichtlich gelitten. Sie erkennt z. B. eine Flasche, wenn sie ihr von vorne gezeigt wird, so dass die Oeffnung gegen sie sieht, nicht. Ebenso ist es mit verschiedenen anderen Gegenständen. Wenn ihr dieselben jedoch in dem charakteristischen Profil gezeigt werden, erkennt sie sie sofort. Das Sehvermögen ist durchaus nicht so erheblich gestört, dass seine Verminderung die Ursache der stereoskopischen Sehstörung sein könnte.

Von Seiten der Hirnnerven ist nur noch zu erwähnen, dass Patientin beiderseits weniger gut hört als bei der ersten Aufnahme und zwar rechts mehr als links.

Die Sehnenreflexe sind sowohl an der linken oberen als auch besonders deutlich an der linken unteren Extremität gesteigert. Der Achillessehnenreflex ist daselbst klonisch; der Muskelsinn ist an den unteren Extremitäten nicht gestört, auch zeigt Patientin keine apractischen Störungen derselben, indem sie sowohl spontan als auf Aufforderung eine Reihe von Bewegungsleistungen und einfachen Handlungen mit dieser Extremität vollkommen richtig ausführt.

Die Percussion des Schädels verursacht so wie bei der früheren Untersuchung lebhafte Schmerzen und zwar nunmehr am deutlichsten über der rechten Parietalregion. Die rechte vordere Schädelseite zeigt mässige Verkürzung des Percussionsschalles, deutlicher wird die Verkürzung bei starker Percussion in der Parietalgegend an ziemlich umschriebener Stelle.

Die Schallleitung ist so wie früher im vorderen Antheil der rechten Schädelseite kürzer, doch findet sich gleichfalls in der rechten Parietalgegend etwa 7 cm von der Mittellinie entfernt, in einem Umkreise von etwa 4 cm eine Stelle noch schlechterer Schallleitung. Die Stelle begrenzt sich nach hinten zu durch eine Umkehr, indem der Ton rechterseits lauter wird; der Uebergang ist kein plötzlicher. Die Differenz über der Parietalregion ist keine grobe, aber doch so gross, dass sie auffällig ist. Sie wird bei wiederholten Untersuchungen constant wiedergefunden. Im ganzen ist die Schallleitung über dem Schädel eine schlechte. Wenn die Stimmgabel auf die Eminentia occipitalis superior gesetzt wird, finden sich dieselben Unterschiede, wie bei der ersten Stellung.

Die übrige Körperuntersuchung ergab keinen erwähnenswerten Befund einschliesslich der Harnuntersuchung.

Von dem Verlauf der Erkrankung ist in Kürze zu berichten, dass in der ersten Zeit der Behandlung eine mässige Besserung erzielt wurde, insoweit, als die subjectiven Beschwerden: Kopfschmerzen, Erbrechen und epileptiforme Anfälle seltener wurden. In der späteren Zeit jedoch verschlechterte sich der Allgemeinzustand wesentlich, es traten neuerdings Krampfanfälle auf, die durch-

Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

weg Jackson-Typus hatten und sich theilweise zu schweren Allgemeinkrämpfen mit Bewusstseinverlust und Zungenbiss steigerten, theilweise nur in der linken Körperseite mit besonderer Betheiligung der oberen Extremität und ohne Bewusstseinsverlust verliefen. Die Paresen der linken Körperseite erhielten sich unverändert.

Während der letzten 10 Tage stellten sich gehäufte epileptische Anfälle ein und Patient starb am 3. September 1904 nach längerdauerndem soporösem Zustande und gehäuften Anfällen.

Die Obduction, welche im pathologischen Institut vorgenommen wurde, hatte nach dem Obductionsprotocoll folgenden Befund: Zwischen Dura und Pia des Rückenmarkes befindet sich verhältnismässig viel klare Flüssigkeit: die Substanz des Rückenmarkes ist sehr blass, makroskopisch nicht verändert. Das Schädeldach ist länglich oval, nicht erheblich verdickt, compact. Die Tabula vitrea links rauh, im Sinus longitudinalis dunkles Blut. Die Dura ist gespannt. In der rechten Scheitelgegend ist sie unlösbar mit der Pia verwachsen und zwar entspricht die Stelle dem vorderen Antheil des Gyrus supramarginalis. An dieser Stelle sitzt ein derbes Gumma, das den genannten Gyrus einnimmt und nach der Tiefe zu eine Dicke bis zu 2 cm erreicht.

Die rechte Nebenniere ist im ganzen grösser, an dem einen Pol findet sich eine ca. 4 cm grosse Geschwulst, welche der Corticalis gehört. Die Leber ist an einzelnen Stellen narbig eingezogen, an der Oberfläche des rechten Lappens liegt eine grössere sternförmige Narbe, das Gewebe darunter ist gleichfalls narbig verändert. Sonst fand sich ein hypertropisches Herz und ein Teratom im linken Ovarium. Die Diagnose lautete: Hypertrophia cordis sinistri, Venostasis universalis, Tumor cerebri, Tumor glandulae suprarenalis dextrae, Teratoma ovarii sinistri.

Zusammenfassung: Nach den anamnestischen Angaben lag der Verdacht auf eine frühere luetische Infection nahe. 4 Monate vor der Aufnahme Jackson epileptische Anfälle und leichte Parese der linken oberen und unteren Extremitäten, deutliche Stauungspapille. Nach einer vorübergehenden Besserung unter antiluetischer Behandlung verschlechterte sich der Zustand nach etwa 4 Monaten sehr erheblich, die Parese der linken Körperseite und vor allem der linken oberen Extremität wurde sehr deutlich, es entwickelte sich eine Tastlähmung mit Störung des Lagegefühls und der Willkürbewegungen, isolirt an dieser Extremität. Die Stauungspapille hatte die doppelte Anzahl von Dioptrien im Vergleich zur ersten Untersuchung erreicht. Unter gehäuften epileptischen Anfällen mit Jackson-Typus starb Patientin.

Es wurde die Diagnose eines Tumors (Gumma?) der rechten Parietalregion in der Nähe des Centrums für die linke obere Extremität gestellt. Bei der Obduction wurde die Herddiagnose durch einen Tumor in der Parietalgegend bestätigt.

Der Befund der Schallleitung in diesem Falle ist insoweit auffällig, als bei der ersten Untersuchung ein wesentlicher Unterschied an der Stelle des Sitzes der Geschwulst nicht gehört wurde. Bei der zweiten Untersuchung fand

Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

sich an der entsprechenden Stelle eine Verkürzung des Tones bei gleichzeitiger Dämpfung des Percussionstones.

Die besondere Berücksichtigung der Verhältnisse dieser Stelle des Craniums ergab bei der Obduction keinen Unterschied zwischen rechts und links. Die Dura war dem Schädel an dieser Stelle nicht stärker anhaftend, sie war jedoch verdickt und mit einem ca. 2 cm dicken Tumor, der in die Hirnsubstanz eindrang, verwachsen. Es muss also die Verkürzung der Schallleitung aus der Verdickung und Unterlagerung der Dura durch einen derben Tumor erklärt werden.

Fall XIII.

Friedrich D., Gastwirth, 64 Jahre, aufgenommen 14. Februar 1906. Nervenklinik, Halle. Von früheren Erkrankungen wird von dem Untersuchten nur eine schwere Influenca vor 25 Jahren angegeben. Seine gegenwärtige Erkrankung soll im November des vergangenen Jahres mit einem während der Arbeit auf dem Felde aufgetretenen Ohnmachtsanfall begonnen haben. Krämpfe sollen damals nicht beobachtet worden sein. Die Ohnmacht soll etwa $^1/_2$ Stunde lang gedauert haben und war von Schmerzen und Schwäche im rechten Arm und rechten Bein gefolgt. Von dieser Zeit an stellten sich Kopfschmerzen ein, die in der Hinterhauptsgegend und in der Stirne localisirt werden. Er konnte jedoch noch umhergehen und leichtere Arbeit verrichten. 8 Wochen vor der Aufnahme verschlechterte sich sein Zustand im Anschlusse an eine heftige Gemüthserregung sehr wesentlich, indem die Kopfschmerzen an Intensität zunahmen und Unsicherheit beim Gehen bis zu deutlichem Schwanken und Taumeln auftrat. Seit dieser Zeit bemerkte er auch eine Abnahme des Sehvermögens und Flimmern vor den Augen. Eine nennenswerthe Sprachstörung sei nicht aufgefallen, er spreche nur langsamer und etwas weniger deutlich als früher; das Gedächtniss habe nicht nachgelassen, auch sonstige psychische Störungen wurden nicht beobachtet.

Eine Ohreiterung soll Patient nie gehabt haben. Potus, Trauma, Lues wird negirt.

Status: Patient ist ein mässig kräftiger Mann von etwas gracilem Körperbau. Der Schädel ist symmetrisch und zeigt in der Gegend des rechten Hinterhauptes Druck- und Percussionsempfindlichkeit. Der Percussionston ist rechterseits über der Gegend des Occipitallappens und vorne über der Stirne mit Ausschluss der lateralen Seite derselben kürzer und höher als links.

Die Schallleitung zeigt in demselben Gebiete rechterseits eine Verschlechterung; über dem Schläfelappen jedoch ist der Ton umgekehrt rechts lauter als links. Ueber der Stirne liegt die Stelle der schlechteren Schallleitung in einem Gebiete von der Mitte des Augenbrauenbogen hinauf bis zum Tub. front., nach der lateralen Seite hin gleicht sich der Unterschied vollkommen aus. Im hinteren Antheil des Schädels beschränkt sich der Schallunterschied auf die Occipitalregion, während in der vorderen Parietalgegend kein sicherer Unterschied mehr besteht; an umschriebener Stelle über dem

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Occipitallappen, nahe den hinteren Parietalwindungen, ist die Tonintensität besonders herabgesetzt. Wenn die Stimmgabel auf die Eminentia occipitalis superior gesetzt wird, ist die Differenz in der Occipitalgegend weniger deutlich als bei der ersten Position, doch tritt jetzt die Differenz in der Stirngegend viel deutlicher auf und breitet sich auch auf die laterale Stirnseite etwa bis zur Mitte der Strecke zwischen dem äusseren Gehörgang und dem Orbitalrande aus. Auch über der Fossa canina und weniger deutlich über dem Jochbogen ist der Unterschied nachweisbar. Die Differenzen sind im allgemeinen keine sehr grob ausgesprochenen.

Die Mimik ist nicht grob gestört, nur wenig lebhaft.

Die Augen sind frei beweglich, die Pupillen rund, gleich weit, die Reaction auf Licht und Accommodation ist erhalten; es besteht beiderseits eine ausgesprochene Stauungspapille. Die Prüfung des Gesichtsfeldes ergiebt eine Hemianospie nach links, die genau bis zur Mitte des Gesichtsfeldes reicht, hemianopische Pupillenstarre besteht nicht. Bei entsprechender Correctur mit Convexgläsern vermag Patient ganz gut zu lesen, wenn ihm die Leseproben entsprechend in das rechte Gesichtsfeld gehalten werden. Die Orientirung im Raume ist vollkommen ungestört.

Das Geruchsvermögen ist beiderseits erhalten, auch sonst findet sich nirgends an den Hirnnerven ein krankhafter Befund. Das Trommelfell ist ohne krankhafte Veränderungen.

Die Austrittsstelle des rechten Supraorbitalis und der rechte Occipitalis sind druckschmerzhaft; ebenso die Gegend des rechten oberen Halsdreieckes. Ausserdem ist sonst am Körper noch Druckschmerzhaftigkeit im Gebiete des rechten Lumbal- und Sacralgeflechtes zu finden.

Die oberen Extremitäten werden ohne Tremor vorgehalten. ebensowenig tritt er bei Intentionsbewegungen auf, auch besteht keine Ataxie. Die Empfindungsfähigkeit der Haut an den oberen Extremitäten für Schmerz-, Temperatur- und Berührungsempfindungen ist nicht gestört. Die Muskelkraft ist beiderseits gering, Dynamometer 40 rechts = links. Die Sehnen- und Periostreflexe sind beiderseits gleich, nur etwas weniger lebhaft. Das Lagegefühl für Stellungen und Bewegungen der linken oberen Extremität ist herabgesetzt, das Nachahmen von Bewegungen der linken Hand durch die rechte ist wesentlich schlechter als umgekehrt. Gegenstände werden durch Tasten mit der linken Hand zum Theil garnicht, zum Theil mangelhaft erkannt. Es besteht also eine deutliche Tastparese und Parese des Lagegefühls dieser Extremität.

Die Bauchhautreflexe sind beiderseits nur schwach auslösbar, das Abdomen ist nicht druckschmerzhaft.

An den unteren Extremitäten ist die grobe Muskelkraft beiderseits vermindert, doch ohne auffällige Schwäche einzelner Muskeln, keine Parese nach hemiplegischem Typus. Die Kniesehnen- und Achillessehnenreflexe sind nicht different und nur mit Kunstgriffen schwach auslösbar. Der Tonus der Muskulatur an den Beinen ist mässig herabgesetzt. Die Bewegungen zeigen linkerseits eine geringe Ataxie; nennenswerthe Störung des Lagegefühls besteht an den Beinen nicht.

Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Wenn Patient aufgestellt wird, fällt er nach hinten und vermag trotz wiederholter Aufforderung auch bei genügender Stütze nicht nach vorne zu gehen, sondern schreitet mit kleinen Schritten immer nach rückwärts.

Von Seite der Lungen und des Herzens ist nichts zu erwähnen. Der Puls war rhythmisch, mässig voll, 76, die peripheren Gefässe zeigten deutliche Arteriosklerose, die Carotiden beiderseits gleich, ihre Pulsation sehr deutlich fühlbar.

Die Untersuchungen des Urins blieben negativ.

Patient war orientirt und zeigte ein ruhiges, in jeder Richtung geordnetes Verhalten.

Während des weiteren Aufenthaltes auf der Klinik verschlechterte sich das Sehvermögen des Patienten erheblich, doch blieb die Hemianopsie immer deutlich nachweisbar. Die Tastlähmung der linken oberen Extremität war constant und 8 Tage nach der Aufnahme konnte auch an der linken unteren Extremität eine Herabsetzung des Lagegefühls constatirt werden. Zur Entwicklung einer motorischen Parese kam es nicht. Das Sensorium war vorübergehend leicht getrübt, die Merkfähigkeit herabgesetzt.

Nach dem geschilderten Befunde musste die allgemeine Diagnose auf einen intracraniellen Tumor gestellt werden. Bei Berücksichtigung der localen Symptome kam das rechte Occipitalhirn in erster Linie in Frage. Wenn diese Gegend des Gehirns als der Sitz des Tumors angesprochen wurde, konnte eine Nachbarschaftsbetheiligung der anstossenden Parietalregion die linksseitige Tastparese erklären und die vorhandenen Kleinhirnsymptome entweder auf directen Druck des Kleinhirns durch den darüber liegenden Tumor im Occipitallappen aufgefasst werden, oder es mussten die Kleinhirnsymptome auf allgemeinen Druck, der sich beim Sitze des Tumors besonders in der hinteren Schädelgruppe geltend machte, zurückgeführt werden. Gegen eine primäre Erkrankung des Kleinhirns sprach erstens der Verlauf und zweitens die im Vordergrund stehende Hemianopsie mit begleitender, im Vergleich zur Sehstörung weniger stark ausgesprochener Tastparese. Der Befund mittelst Percussion und Schallleitungsprüfung wies in Uebereinstimmung mit dem übrigen klinischen Befunde auf die Occipitalregion; die Schallleitung war in dem betroffenen Gebiete herabgesetzt, der Percussionston kürzer. Eine Erklärung für die Herabsetzung der Schallleitungsfähigkeit im Gebiete der Stirnregion konnte nicht gefunden werden, und ich glaube sie wegen ihrer geringen Intensität und in Folge Mangels anderer klinischer Symptome, die für diese Region sprechen, als zufälligen Befund bezeichnen zu dürfen. Nach meinen früheren Erfahrungen mittelst der Schallleitungsprüfung nahm ich an, dass der Tumor nicht von der Dura ausging, jedoch nahe der Hirnoberfläche liegen müsse. Bei dem Sitze des Tumors in der Dura und Uebergreifen von hier auf das Gehirn ohne gleichzeitige Verdünnung des Craniums oder innige Verwachsung mit demselben, hätte die Schalldämpfung eine gröbere sein müssen, als im gegebenen Falle. Bei einer innigen Verwachsung zwischen Dura und Cranium und nicht gerade sehr massigem Tumor hätte eine Verbesserung und nicht eine Herabsetzung der Schallstärke zur Beobachtung kommen müssen.

Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Eine durch Herrn Dr. Pfeifer in der genannten Region gemachte Probepunction bestätigte den Sitz des Tumors und Patient wurde behufs Vornahme der Operation auf die chirurgische Klinik transferirt. Bei der Operation, welche durch Herrn Prof. v. Bramann durchgeführt wurde, bestätigten sich die Annahmen über den Sitz des Tumors. Schädeldecke und Dura wurden intact gefunden, im Occipitalgebiete lag nahe der Convexität an der Grenze zum Parietalhirn ein Tumor, der, soweit die krankhafte Veränderung des Gewebes erkannt werden konnte, unter Entfernung einer geringen Menge umgebenden Gewebes exstirpirt wurde. Die histologische Untersuchung des Tumors bestätigte die schon aus dem Punctionsmaterial gestellte Diagnose eines Sarkoms. Die Heilung der chirurgischen Wunde nahm normalen Verlauf. In der späteren Zeit ging die Stauungspapille zurück und die linksseitige Tastparese war nur mehr spurweise nachweisbar. Die linksseitige Hemianopsie blieb jedoch unverändert. Der Defect des Craniums war, unter Weglassung des Knochens, nur mit Periost und Weichtheilen verschlossen worden.

Als ich nach vollkommener Verheilung der Wunde mehrere Wochen nach der Operation die Schallleitungsverhältnisse am Schädel untersuchte, ergab sich, dass der Ton im Gebiete des Defectes bedeutend lauter war, als auf der correspondirenden anderen Seite; also ein Befund, umgekehrt als vor der Operation und gleich wie bei allen anderen Untersuchungen von Defect des Craniums.

Zusammenfassung: Bei einem im Allgemeinen gesunden Manne stellte sich 3 Monate vor der Aufnahme ein Ohnmachtsanfall ein und im Anschluss daran entwickelte sich allmählich unter heftigen Kopfschmerzen und Abnahme des Sehvermögens das klinische Bild: Stauungspapille, Hemianopsie nach links, Tastparese der linken oberen und später auch geringe Herabsetzung des Lagegefühls der gleichseitigen unteren Extremität, sowie geringe Ataxie derselben; deutliche Retropulsion.

Percussion über dem Occipitallappen, nahe der Parietalgegend kürzer, ebenso über der Stirngegend. Ueber denselben Partien ist der fortgeleitete Stimmgabelton kürzer, besonders an umschriebener Stelle dem Occipitallappen bei seinem Uebergang in den Parietallappen entsprechend.

Diagnose: Tumor des Occipitallappens an der Convexität nahe der Oberfläche, nicht von der Dura ausgehend..

Operation: Sarkom in der Lage vollkommen entsprechend der Diagnose.

Heilung: Unter Fortdauer der Hemianopsie, während die übrigen Symptome schwanden. Schallleitung nach der Operation, so wie bei allen übrigen Fällen vom Knochendefect des Cranium: sehr lauter Ton über dem Defect.

Fall XIV.[1])

Aloisia M., 23 Jahre alt, verheirathet, Frau eines Handlungsreisenden. Aufgenommen am 4. Juni 1904. Nervenklinik Graz.

---

1) Dieser Fall ist identisch mit Fall VII in Hartmann's Beiträge zur zur pathol. Anatomie und Klinik der Geschwülste der Schädelbasis. 1905.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anamnese: Der Vater der Patientin soll starker Trinker gewesen sein und starb im 42. Lebensjahre an Pneumonie. Nervenkrankheiten sind in der Ascendenz nicht nachweisbar, desgleichen sollen niemals maligne Neoplasmen oder Tuberculose in der Familie vorgekommen sein. Patientin ist das 3. Kind ihrer Eltern. Das erste Kind derselben starb an einer unbekannten Krankheit in jungen Jahren, das zweite gleichfall sehr frühzeitig, angeblich an einem Hydrocephalus. Die späteren Geschwister sollen alle leben und gesund sein. Patientin kam als vollkommen ausgetragenes Kind unter leichter Geburt zur Welt und soll sich vollkommen normal entwickelt haben. Irgend welche schwereren Krankheiten soll sie nie durchgemacht haben. Ein schwereres Trauma hat sie niemals erlitten. Irgend welche Anhaltspunkte für eine frühere luetische Infection lassen sich nicht feststellen. Sie wurde im 14. Jahre menstruirt, und seit dieser Zeit sollen die Menses stets regelmässig wiedergekehrt sein. Abortirt hat sie niemals. Patientin ist gegenwärtig 11 Monate verheirathet. Sechs Wochen vor ihrer Aufnahme wurde sie von einem normal entwickelten Kinde entbunden, welches sie bis zu ihrem Eintritt in die Klinik selbst stillte. Das Kind soll sich weiter gut entwickelt haben. Das Wochenbett verlief normal. Während der ganzen Gravidität soll sie viel unter Erbrechen gelitten haben.

Die ersten Symptome ihrer gegenwärtigen Erkrankung traten vor $2^1/_2$ Monaten in Form von Kopfschmerzen auf, welche als reissend bezeichnet werden und im Hinterhaupte, im Genick, sowie am unteren Augenhöhlenrande beiderseits localisirt waren. Zu Beginn der Erkrankung soll einmal vorübergehend für die Dauer von $^1/_2$ Stunde eine hochgradige Schwäche in der rechten oberen Extremität aufgetreten sein, so dass sie dieselbe überhaupt zu keiner Arbeit verwenden konnte. Später sollen sich derartige Erscheinungen nicht mehr eingestellt haben. Nach dem Einsetzen der Kopfschmerzen sollen sich verhältnissmässig bald Doppelbilder eingestellt haben und das Sehvermögen soll sich rasch verschlechtert haben, namentlich auf dem rechten Auge so weitgehend, dass sie mit demselben jetzt gar nichts mehr sehe. Auch Schwindelgefühl soll wiederholt aufgetreten sein. In den letzten Wochen bemerkte sie eine Herabsetzung der Hörschärfe am rechten Ohre sowie beträchtliches Ohrensausen rechts. Onmachtsanfälle, Körperkrämpfe und dergleichen haben nie bestanden. Kein vermehrtes Durstgefühl, keine vermehrte Harnabsonderung. Zunehmend unsicherer Gang unter deutlichem Taumeln, Patientin soll wiederholt gestürzt sein.

Status: Das Sensorium ist frei, Patientin hat normale Temperatur, ist mittelgross, ziemlich kräftig, zeigt guten Ernährungszustand, gute Hautfarbe. An den Hautdecken ist nirgends etwas Pathologisches nachweisbar, vor Allem keine luetischen Residuen. Mässig starke Dermographie, ab und zu Auftreten von Erythema fugax. Vergrösserte Lymphdrüsen sind nicht zu finden, auch am Knochensystem und an den Gelenken nichts Pathologisches. Die Untersuchung der inneren Organe bleibt durchaus negativ, die Herzaction ist rhythmisch, mässig frequent, die peripheren Arterien sind mässig gefüllt und von mittlerer Spannung. Der Blutdruck beträgt 120 mm Hg. Die Urinmenge ist

Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

nicht vermehrt, das specifische Gewicht 120, keine pathologischen Bestandtheile. Gynäkologischer Befund normal.

Der Schädel ist symmetrisch, hyperbrachycephal, horizontaler Umfang 51,5, Andeutung von Flachauge. Kopfhaltung und Kopfbewegungen sind normal.

Druck und Percussion des Schädels sind überall schmerzhaft. Der Percussionston ist über der rechten Temporal- und Parietalgegend etwas verkürzt. Die Verkürzung reicht auch nach vorne zu auf den Jochbogen. Bei Percussion über den beiden Jochbogen fällt auf, dass der Schall sonorer ist, als man ihn sonst findet, und dass man eine sehr deutliche Erschütterung verspürt, wenn man mit dem Finger während des Percutirens an der anderen Seite auf symmetrischer Stelle tastet.

Der Stimmgabelton ist rechterseits in der Parietalgegend oberhalb der Linea semicircularis etwas schlechter als links. Ueber der Schläfenschuppe ist kein Unterschied mehr nachweisbar. Dicht über dem äusseren Gehörgange jedoch und nach vorne davon über dem Jochbeine tritt rechts wieder eine mässig starke Verkürzung des Schalles auf. Ueber den Warzenfortsätzen besteht kein Unterschied. Dieser Befund gilt für die Stellung der Stimmgabel auf der Höhe des Scheitels. In der zweiten Position der Stimmgabel (auf der Protuberantia occipit. sup.) ist der Unterschied über dem Jochbein und dicht oberhalb des äusseren Gehörganges sowie bei der ersten Stellung zu hören. Auch sonst bestehen dieselben Unterschiede wie früher.

Nirgends am Schädel findet sich eine Knochenimpression oder eine Narbe.

Das Gesicht ist in Folge einer completen rechtsseitigen Facialislähmung stark asymmetrisch. Die rechte Lidspalte ist weiter als die linke. Der Facialis ist in allen drei Aesten sowohl für willkürliche, als für mimische Bewegungen stark paretisch. Die elektrische Erregbarkeit ist jedoch sowohl für Reize vom Nerven aus, als bei directer Muskelreizung normal.

Die Bulbi stehen stark convergent, Doppelbilder können wegen rechtsseitiger Amaurose nicht geprüft werden. Der rechte Abducens ist vollkommen gelähmt, links besteht vielleicht eine ganz minimale Parese mit Nystagmus. Die Internuswirkung ist beiderseits gut erhalten, doch tritt bei starker Convergenz Vibriren der Bulbi auf. Beim Blick nach oben bleibt der rechte Bulbus etwas zurück und es tritt gleichfalls ein leichter Nystagmus auf. Der rechte Bulbus ist gegenüber dem linken leicht prominent. Augenhintergrund: (Prof. Sachsalber) beiderseits hochgradige Stauungspapille mit Exsudation und Blutungen, rechts Uebergang in Atrophie, die Niveaudifferenz beträgt rechts 4—6, links 6—8 Dioptrien. Die Pupillen sind über mittelweit, rechts mehr als links, kreisrund. Die Lichtreaction fehlt rechts bei peripherer Beleuchtung, während bei centraler Beleuchtung nach einer minimalen Verengerung eine rasch nachfolgende Erweiterung auftritt. Die linke Pupille reagirt sowohl bei peripherer als bei centraler Beleuchtung langsam, aber ohne paradoxe Reaction. Consensuell reagirt die rechte Pupille deutlich und vollkommen normal. Die Convergenzreaction ist beiderseits am besten erhalten. Am rechten Auge ist die Empfindung für hell und dunkel vollkommen aufgehoben, links können

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Finger bis auf eine Enfernung von $1^1/_2$ m gezählt werden. Der Farbensinn ist links leicht geschädigt.

Das Geruchsvermögen scheint beiderseits gleich zu sein.

Der Trigeminus ist für Berührungs- und Schmerzempfindungen normal. Der Conjunctival- und Cornealreflex fehlt rechts fast vollkommen, links sind diese Reflexe prompt. Der Masseter und Temporalis sind rechts deutlich substanzärmer. Patientin klagt über Parästhesien in der Wangenschleimhaut rechts und in den Zähnen. Die Austrittsstelle des Supraorbitalis ist druckschmerzhaft.

Die Untersuchung der Ohren und des Larynx durch Prof. Habermann ergab beiderseits normale Trommelfelle, und geringe Herabsetzung der Hörschärfe rechts, Larynx normal.

Die Zunge weicht beim Vorstrecken stark nach rechts ab. Das Gaumensegel hebt sich bei Phonation symmetrisch und gut. Der Rachenreflex ist herabgesetzt. Die Geschmacksempfindung ist auf beiden Zungenhälften gleich. Der Schlingact ist vollkommen gut.

Die Sprache ist mässig verlangsamt, die Articulation „hart", die einzelnen Silben werden abgehackt ausgesprochen.

An der rechten oberen Extremität besteht eine leichte Ataxie ohne Parese. Die Lageempfindung und das Tastvermögen sind vollkommen gut erhalten. Die Sehnen- und Periostreflexe sind rechts gleich links in entsprechender Stärke.

Die Rumpfmuskulatur functionirt beiderseits gleich, die Bauchhautreflexe sind rechts nicht auslösbar.

An den unteren Extremitäten zeigt sich keine nennenswerthe Ataxie, keine Parese. Die Kniesehnenreflexe sind beiderseits mit Kunstgriffen eben auslösbar. Die Achillessehnenreflexe sind vorhanden. Die Plantarreflexe sehr lebhaft, rechts etwas mehr als links mit mehrfachen Nachzuckungen.

Bei aufrechtem Stehen droht Patientin nach links und rückwärts zu fallen. Der Gang ist stark atactisch nach cerebellarem Typus, Stehen auf einem Bein unmöglich.

Decursus. In der nächsten Zeit steigerten sich die Parästhesien (Gefühl von Anschwellen und Dickerwerden des Zahnfleisches) im rechten Trigeminus, gleichzeitig trat deutliche Hyperalgesie in seinem ganzen Gebiete auf. Etwa einen Monat nach der Aufnahme hatte sich das Sehvermögen derartig verschlechtert, dass Patientin auch linkerseits amaurotisch wurde. Auch der linke Abducens wurde in seiner Function immer schlechter, bis er schliesslich vollständig gelähmt war. Bei Blickversuchen nach links trat nur grobwelliger Nystagmus auf. Patientin klagte wiederholt über „Todtsein" der linken Hand. Bei Imitationsversuchen von Bewegungen der rechten Hand durch die linke fällt auf, dass der Muskelsinn rechts deutlich gestört ist. Patientin empfindet selbst diesen Defect. Auch an den unteren Extremitäten ist die Beschreibung der jeweiligen Lage derselben sowie Imitationsversuche von Bewegungen sehr ungenügend. Die Sehnenreflexe sind unverändert. Der Fussohlenreflex wurde noch lebhafter gesteigert. Gehen und Stehen wurde in Folge excessiven

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Taumelns vollkommen unmöglich. Die Stimmungslage wurde auffällig euphorisch und apathetisch. In der letzten Zeit verschlechterte sich das Lagegefühl und das Tastvermögen für die rechte Hand, doch wurde es auch links geringer.

Am 5. August erkrankte die Patientin an einer Pneumonie des rechten Unterlappens, welche sich später ausbreitete und schliesslich nach allgemeinem Kräfteverfall am 21. August 1904 zum Exitus führte.

Im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen beiderseits: Stauungspapille mit Exsudationen und Uebergang in Atrophie, zuerst rechts dann links, Kopfschmerzen, cerebellar atactischer Gang, grobe Parese des rechten Facialis, Herabsetzung der Hörschärfe rechts, Parese des rechten Abducens und Trigeminus. Auf Grund dieser Symptome wurde klinisch die Diagnose eines Tumors in der Gegend des Kleinhirn-Brückenwinkels gestellt, wahrscheinlich ausgehend vom Acusticus oder Facialis. Die Erscheinungen von Seiten des Trigeminus und des Abducens wurden als spätere secundäre Symptome angesprochen.

Bei der Obduction im pathologischen Institut (Prof. Eppinger) fand sich im Kleinhirn-Brückenwinkel eine im Durchmesser etwa 5 cm grosse, derbe Geschwulst, welche nach dem Foramen acusticum int. einen zapfenartigen Fortsatz bildete.

Zusammenfassung. Bei einer früher gesunden Patientin entwickelte sich innerhalb dreier Monate ein schweres Krankheitsbild, das nach der Anamnese mit Abnahme der Sehschärfe, Kopfschmerzen, Ohrensausen und unsicherem Gange begann. Später traten Doppelbilder, schliesslich rechtsseitige Amaurose hinzu. Klinisch: Stauungspapille beiderseits, rechts Atrophie der Papille mit Amaurose, hochgradige Facialisparese sowie Parese des Abducens und des motorischen Trigeminus und Lähmung auch des linken Abducens sowie leichte Oculomotoriusparesen beiderseits. Zum Schlusse unsichere Symptome von Seiten des Lagegefühls der oberen und unteren Extremitäten.

Percussionston in der rechten Parietalgegend sowie in der rechten Temporalgegend etwas kürzer, Stimmgabelton rechts dicht oberhalb des äusseren Gehörganges sowie nach vorne davon über dem Jochbein weniger laut als links.

Klinische Diagnose: Tumor des Nervus acusticus oder Facialis. Obduction: Tumor des Nervus acusticus.

Fall XV.

Christine S., 24 Jahre alt, Taglöhnersfrau, aufgenommen am 25. Februar 1905 Nervenklinik Graz. Eine hereditäre Belastung ist nicht nachweisbar. Vor ca. 6 Jahren stürzte Patientin auf das Gesicht und zog sich eine Verletzung des Nasenrückens zu. Im Anschluss daran soll sie mehrere Tage hindurch an sehr heftigen Kopfschmerzen gelitten haben. Erscheinungen einer Commotio cerebri sollen nicht bestanden haben. Vor etwa zwei Jahren begann ohne nachweisbare Ursache die gegenwärtige Erkrankung. Die ersten Erscheinungen waren anfallsweise auftretende Kopfschmerzen mit Schwindelgefühl und Erbrechen, in der freien Zeit habe sie sich vollkommen wohl ge-

Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

fühlt. Vor etwa einem Jahr soll sich der Gang der Patientin verschlechtert haben, sie giebt selbst an, dass sie zeitweilig „wie eine Betrunkene getaumelt habe.“ Dazu gesellte sich Ohrensausen linkerseits. Im August 1904 abortirte sie im 4. Graviditätsmonat und hatte sich während der Schwangerschaft unter den eben genannten Symptomen besonders schlecht gefühlt. Nach dem Abortus besserte sich der Gang, die Schwindelgefühle traten zurück, während die Kopfschmerzen bestehen blieben. Seit dem Herbst 1904 bemerkte Patientin eine stets zunehmende Verschlechterung des Sehvermögens und eine Abnahme des Gehörs linkerseits mit gleichzeitiger Vermehrung der Ohrgeräusche. Auf ärztlichen Rat habe sie einige Zeit vor ihrer jetzigen Aufnahme eine Schmierkur durchgemacht, ohne dass irgendwie sichtbare luetische Veränderungen vorhanden gewesen sein sollen. Eine luetische Infection wird von der Patientin in Abrede gestellt, sie sei auch vor der Ehe nie gravid gewesen. Seit ca. drei Wochen sei sie nahezu vollkommen erblindet, mit dem linken Auge könne sie nur mehr hell und dunkel unterscheiden, rechts sehe sie etwas besser. Krampfanfälle sollen nie aufgetreten sein, ebensowenig Ohnmachten. Die Sprache soll niemals bemerkenswerthe Störungen gezeigt haben.

Status: Patientin ist eine anämisch aussehende gracil gebaute, mittelgrosse Person. An den Hautdecken ist ausser einem Leucoderma colli nichts Bemerkenswerthes; in der Nackengegend, an den Ellenbogenbeugen, sowie an anderen Prädilectionsstellen sind nirgends Drüsen nachweisbar. An den Knochen finden sich ausser Spuren früherer Rachitis keinerlei krankhafte Veränderungen.

Der Schädel ist symmetrisch, auf leichtes Beklopfen schmerzhaft und zwar im hinteren Antheile mehr als vorne, angeblich beiderseits gleich. Der Percussionsschall ist über der linken Schädelseite in toto etwas sonorer als rechts, am deutlichsten in der hinteren unteren Scheitelgegend, doch nicht an umschriebener Stelle. Die Schallleitung ist über der ganzen linken Schädel- und Gesichtsseite bei Stellung der Gabel auf die Scheitelhöhe besser als rechterseits; am deutlichsten ist der Unterschied in einer etwa zwei Querfinger breiten Zone, die nach oben zu etwa 3 cm von der Tuberantia parietalis entfernt ist und nach unten gegen den Warzenfortsatz zu sich ausdehnt. Auch über Letzterem besteht noch der genannte Unterschied, doch weniger deutlich als an der bezeichneten Stelle. Wenn die Stimmgabel auf die Eminentia occipitalis superior gesetzt wird, erhält man so wie bei der ersten Position linkerseits bessere Schallleitung, nur ist bei dieser Position das Optimum der Schallstärke über dem Gesichtsantheil, über der Fossa canina, über dem Jochbogen und am Kieferwinkel deutlicher als über der beschriebenen Stelle der hinteren Schläfegegend.

Die linke Lidspalte ist weiter als die rechte, der linke Bulbus zeigt eine mässige Protrusion, die Conjunctivalreflexe sind beiderseits gleich. Bei Blickbewegungen tritt an beiden Augen in allen Richtungen grobwelliger Nystagmus auf. Bei geradem Blick nach vorne steht das linke Auge etwas nach oben gewendet und das rechte etwas nach aussen (Oculomotorius-Parese beiderseits). Die Pupillen sind beiderseits sehr weit und lichtstarr, verengen sich aber bei Convergenz. Am Augenhintergrunde: beiderseits Stauungspapille mit Exsu-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dation und Uebergang in Atrophie. Die Niveaudifferenz beträgt links 4 Dioptrien, rechts 3. Das Sehvermögen ist links fast vollkommen erloschen, rechts werden Gegenstände auf eine Entfernung von $^1/_2$ m erkannt.

Der Geruch ist intact.

Von Seiten der Mimik ist nur eine leichte Parese im Gebiete des linken Facialis und zwar in allen drei Aesten zu erwähnen. Es besteht kein nennenswerther Unterschied zwischen willkürlicher und mimischer Innervation in dem paretischen Gebiete.

Die Zunge wird unter starkem Tremor und fasciculären Zuckungen vorgestreckt, die willkürlichen Bewegungen derselben sind vollkommen frei; der linke Gaumenbogen hängt etwas tiefer herab, das Gaumensegel hebt sich bei Phonation jedoch gleichmässig gut, die Gaumen- und Rachenreflexe sind prompt. Geschmacksstörungen sind nicht vorhanden.

Die Masseteren, Pterygoidei und Temporales werden beiderseits gleich gut innervirt, die Masseterenreflexe sind rechts und links deutlich. Die Austrittspunkte des Trigeminus sind nicht druckschmerzhaft. Die Ohren- und Nasenkitzelreflexe sind linkerseits etwas herabgesetzt. Der Schlingakt geschieht vollkommen gut.

Die Untersuchung der Ohren (Prof. Habermann) ergab vollständige Taubheit linkerseits, rechts normale Verhältnisse.

Die oberen Extremitäten zeigen weder Tremor noch Ataxie, es bestehen keinerlei Störungen in der Innervation, die Sehnen-, Muskel- und Periostreflexe sind rechts sowie links und von normaler Form. Dasselbe gilt für die unteren Extremitäten, weder die Kniesehnen- noch die Achillessehnenreflexe sind verändert, es findet sich kein Babinski'scher, kein Oppenheim'scher und kein Strümpell'scher Reflex. Die Bauchhautreflexe sind beiderseits gleich. Die grobe Muskelkraft ist weder im Ganzen noch in einzelnen Muskelgruppen gestört. Der Tonus der Muskulatur ist überall normal. Kein Romberg. Der Gang ist vorsichtig trippelnd, so wie sonst bei Blinden.

Die Sensibilität ist am ganzen Körper intact, es findet sich auch keine Tastlähmung, keine Störung des Lagegefühls etc.

Von Seiten der inneren Organe ist nirgends etwas Pathologisches nachweisbar. Der Blutdruck zeigt 120 mm Quecksilber (Tonometer), der Puls ist verlangsamt um 60, voll und rhythmisch.

Im Harne kein Eiweiss, kein Zucker, noch sonstige pathologische Bestandtheile.

Patientin befand sich etwas länger als $1^1/_2$ Monate auf der Klinik und musste dann auf Drängen des Mannes entlassen werden. Eine erhebliche Aenderung des Zustandes wurde während des Aufenthaltes nicht constatirt. Im Vordergrunde standen sehr lästige intensive Ohrgeräusche linkerseits; die Kopfschmerzen waren nach der Angabe der Patientin im Ganzen etwas weniger heftig, Erbrechen trat nicht auf. Die Stauungspapille stieg von 4 Dioptrien links und 3 rechts auf beiderseits 6 Dioptrien. Das Sehvermögen verschlechterte sich auch rechts noch bedeutend.

Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Zusammenfassung. Bei einer früher gesunden Patientin entwickelte sich in einem Zeitraume von etwa 2 Jahren unter Kopfschmerz und zeitweiligem Erbrechen eine Abnahme des Gehörs linkerseits in Begleitung sehr lebhafter Ohrgeräusche. In späterer Zeit kam es in Folge Stauungspapille und Atrophie zu beinahe vollkommener Erblindung. Von Hirnnervensymptomen war ausser der linksseitigen Taubheit eine leichte gleichseitige Parese des Facialis zu constatiren, dann beiderseitige Oculomotorius-Parese nebst grobschlägigem Nystagmus bei allen Blickrichtungen. Der Blutdruck war mässig gesteigert, der Puls verlangsamt.

Die Allgemeindiagnose eines Tumor cerebri war wohl unzweifelhaft.

Was nun die Localisation desselben betrifft, so ist bei den im Vordergrund stehenden Symptomen von Seiten des linken Ohres der begleitenden gleichseitigen Facialisparese, dem Fehlen von Kleinhirnsymptomen die Annahme eines linksseitigen Acusticustumors am wahrscheinlichsten. Die beiderseitige Oculomotorius-Parese könnte ungezwungen als indirectes Symptom durch Druck auf die Gegend der Kerne dieses Nerven erklärt werden.

Die Untersuchung mittelst der Schallleitung ergab an ziemlich umschriebener Stelle der linken hinteren Schläfegegend eine bessere Hörbarkeit des Tones bei Position der Stimmgabel auf den Scheitel. Bei der zweiten Position fand sich die Differenz zwar auch an der angegebenen Stelle, verbreitete sich jedoch deutlicher im Gesichtsbereiche.

Da dieser Befund durch Autopsie nicht controllirt werden konnte, kann er zunächst in keine einwandsfreie Verbindung mit den physikalischen Verhältnissen des Schädels und mit der krankhaften Abänderung derselben durch den Sitz des Tumors gebracht werden und soll zunächst als einfache Thatsache, die durch Vergleichsuntersuchungen controllirt werden soll, angeführt werden.

Fall XVI.

August M., 47 Jahre, Arbeiter, aufgenommen am 9. December 1904, Nervenklinik Halle. Aus der Anamnese des Kranken ist zu berichten, dass er seit dem 20. Lebensjahre an Krampfanfällen litt, die mit Bewusstseinsverlust einhergingen. Die Anfälle sollen in verschiedenen Zwischenräumen aufgetreten sein, setzten plötzlich ohne Aura ein und waren von verschieden starker Intensität und Dauer. Zeitweilig sollen Dämmerzustände ohne Krampfanfälle aufgetreten sein. 6 Jahre vor der Aufnahme sistirten die Anfälle vollkommen und Patient fühlte sich bis zum September 1904 ganz wohl. Angeblich im Anschluss an eine Erkältung stellten sich Schmerzen im linken Beine ein, die den Kranken veranlassten, Aufnahme in der hiesigen medicinischen Klinik zu suchen. Hier wurden die Symptome einer linksseitigen Neuritis nervi ischiadici festgestellt.

Nach einiger Zeit klagte er über lebhafte Kopfschmerzen, die von Erbrechen begleitet waren. Es wurde eine beiderseitige Stauungspapille gefunden, ohne dass es gelang, irgend welche Herdsymptome nachzuweisen. Nach etwa 1 Monat fand sich eine Steigerung der Kniesehnenreflexe, der Gang war

Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

spastisch paretisch und Patient hatte die Neigung, nach hinten zu fallen. Die rechte Pupille war weiter als die linke. Dazu gesellten sich schwere psychische Störungen, Desorientirtheit, grosse Reizbarkeit und Agression gegen die Umgebung, sodass eine Ueberführung des Kranken in unsere Klinik nothwendig wurde.

Starker Missbrauch alkoholischer Getränke in früherer Zeit war zugestanden, eine luetische Infection hatte aller Wahrscheinlichkeit nach nicht stattgefunden. Von einem Schädeltrauma war nichts bekannt.

Status: Ich hatte nur in den letzten Wochen Gelegenheit, den Kranken selbst zu untersuchen und entnehme folgende Mittheilungen über den früheren Zustand aus der klinischen Krankengeschichte: Patient befand sich bei der Aufnahme in gutem Ernährungszustand. An der Haut und am Skelette war nichts Pathologisches, die inneren Organe frei von krankhaften Veränderungen.

Das Cranium symmetrisch; es bestand keine Percussionsempfindlichkeit desselben und keine Differenz des Percussionsschalles.

Die rechte Pupille weiter als die linke, die Reaction derselben auf Licht und Accommodation erhalten. Beiderseits deutliche Stauungspapille, rechts mehr als links; das Sehvermögen war beträchtlich herabgesetzt, die Bewegungen der Augen in allen Richtungen frei.

Geruch und Geschmack ohne Störungen, ebenso das Gehör.

Der rechte Facialis wurde etwas weniger gut innervirt.

Die Zunge zeigte bei geradem Vorstrecken kein gröberes Zittern, das Gaumensegel normal, der Rachenreflex vorhanden, der Schlingact gut möglich.

Die Sprache war in ihrer Intonation bebend, mässig starke atactisch-paretische Sprachstörung.

Von Seite der oberen Extremitäten fand sich durchaus normales Verhalten, keine Bewegungsstörungen, kein Zittern, keine Ataxie, keine Störung des Lagegefühls etc., die Reflexe von normalem Verhalten und beiderseits gleich.

Die Bauchhaut- und Cremasterreflexe waren auslösbar und rechts gleich links. Die Kniesehnenreflexe leicht different, links etwas schwächer als rechts. Die Bewegungen der Beine geschahen atactisch; der Gang deutlich taumelnd, Romberg positiv.

Die Sensibilität war wegen der geringen Aufmerksamkeit des Kranken nicht ganz einwandfrei zu prüfen, doch konnten gröbere Defecte ausgeschlossen werden und zwar hezüglich aller Sensibilitätsqualitäten.

Am Pulse bestanden die Zeichen von Druckpuls.

Das psychische Verhalten bot in Kürze zusammengefasst den Symptomencomplex der Korsakow'schen Psychose.

Der Zustand des Kranken wechselte während seines Aufenthaltes in verschiedenen Richtungen sehr erheblich, sowohl bezüglich der körperlichen Symptome als der psychischen und des subjectiven Allgemeingefühls. Zeiten vollkommener Orientirtheit und Wohlbefinden in jeder Art wechselten mit schweren Korsakow-Symptomen von kürzerer und längerer Dauer. Die subjectiven Klagen bestanden, abgesehen von den variablen, in Zeiten schwerer

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Psychose vorgebrachten Beschwerden in sehr heftigen Kopfschmerzen und Schmerzen in der rechten Körperseite, besonders im rechten Bein.

Die Ataxie der Beine schwankte in ihrer Intensität, fehlte zeitweilig vollkommen. Die leichte Parese im rechten Facialis blieb durch längere Zeit constant, ebenso die Steigerung des rechten Kniesehnenreflexes im Vergleich zum linken. Die Berührungs- und Schmerzempfindung schien auf der rechten Seite herabgesetzt zu sein. Gegen Mitte Januar trat länger andauernde, auffällige Euphorie auf.

Wiederholte Untersuchungen des Harnes fielen stets negativ aus.

Bei diesem wechselnden Krankheitsbilde, das mit Sicherheit nur die allgemeinen Symptome einer intracraniellen mit Drucksteigerung einhergehenden Erkrankung bot, war aus den klinischen Symptomen eine genauere Diagnose für die Art der Erkrankung schwer zu stellen. Es wurde zunächst die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Tumors gestellt, welcher zuerst im Stirnhirn, dann im Kleinhirn localisirt wurde.

Zu diagnostischen Zwecken wurde nun in verschiedenen Intervallen, zunächst über dem linken, dann rechten Stirnhirn, und später an den beiden Kleinhirnen Probepunction des Gehirns durch Dr. Pfeifer vorgenommen. Das Resultat der histologischen Untersuchung des Punctionsmaterials blieb jedoch in allen Fällen negativ, so dass also auch auf diesem Wege keine positiven Ergebnisse gefunden werden konnten.

Während des mehrmonatlichen Verlaufes trat eine zeitlang deutliche Tastlähmung in der linken oberen Extremität auf. Die Retropulsion war lange Zeit wieder constant, die Sprache wies eine erhebliche Erschwerung des Wortfindungsvermögens auf. Längere Zeit hindurch wurden Klagen über Schmerzen im Hinterhaupt und Nacken geäussert.

Bei der Untersuchung, Ende October 1905, konnte ich am Cranium eine nennenswerthe Percussionsdifferenz nicht nachweisen.

Die Prüfung der Schallleitung ergab keine Differenz zwischen rechts und links, die als irgendwie namhaft zu bezeichnen war. Ich konnte nur über der rechten Stirngegend nahe dem Augenbrauenbogen ein Gebiet etwas schlechterer Schallleitung finden, doch war die Differenz, wie schon erwähnt, so minimal, dass ich das Ergebniss der Schallleitungsprüfung als negativ bezeichnen musste. Der Kopf war im ganzen lebhaft percussionsempfindlich. Weitere Herdsymptome waren nicht aufzufinden.

Auf Grund dieses negativen Befundes hielt ich es für berechtigt, an der Diagnose eines Tumors überhaupt, wenigstens eines solchen mit einseitiger Localisation, zu zweifeln. Auch der Verlauf des klinischen Bildes entsprach nicht genügend dem eines Tumors.

Unter Durchfällen nebst Fieber, welches jedoch wieder vollständig zurücktrat, verschlechterte sich das Allgemeinbefinden und schliesslich stellte sich am 12. November der Exitus ein.

Zusammenfassung: Bei einem Manne, welcher nach Alkoholmissbrauch eine Reihe von Jahren hindurch an Krampfanfällen und Dämmerzuständen gelitten hatte, die nach der Anamnese als Erscheinungen von Epi-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lepsie gedeutet werden mussten, stellten sich nach einem vorhergegangenen 6jährigen Intervall vollkommenen Wohlbefindens Symptome einer intracraniellen mit Drucksteigerung einhergehenden Erkrankung ein. Der klinische Verlauf war durch den Wechsel des Krankheitsbildes sehr auffällig. Es bestanden intensive Kopfschmerzen, welche zeitweilig in der Hinterhauptsgegend localisirt wurden, und mehrmals Erbrechen. Ausserdem ist als wichtigstes Symptom ein intermitirend, in verschiedener Intensität auftretender Korsakow'scher Symptomencomplex zu betonen. Die übrigen Erscheinungen: Differenz der Kniesehnenreflexe, Ataxie der Beine, Facialisparese, Tastparese der linken oberen Extremität, sowie Sprachstörungen waren inconstant, konnten daher nicht als eigentliche dauernde Herdsymptome angesprochen werden.

Die Prüfung der physikalischen Verhältnisse am Schädel, Percussion und Auscultation des Stimmgabeltones fiel negativ aus.

Der Fall kam als klinisch ungenügend aufklärbar nur mit grossem Zweifel für die Diagnose eines Tumors zur Obduction. Bei der Obduction fanden sich eine grössere Anzahl flottirender Cysticerken verschiedener Grösse in der hinteren Schädelgrube und einige kleine Blasen davon am Kleinhirn und Pons fixirt; ebenso waren im Spinalraum einige freie Cysticerken vorhanden. Im Uebrigen zeigte das Gehirn stärkere Hyperämie und mässige Abplattung der Windungen nebst geringer Trübung der Meningen. Sonst ist aus dem Obductionsbefunde nichts bemerkenswerth.

Der klinische Verlauf ist nach dem Obductionsbefunde genügend erklärbar. Vor allem ist auch der auffällige Wechsel der Erscheinungen bei dem Vorhandensein flottirender Cysticerken zur Genüge verständlich, und es bleibt für die Ueberlegung an der Hand der klinischen Symptome nur noch der Vorwurf übrig, dass bei dem wechselvollen Verlaufe des Krankheitsbildes das Vorhandensein von Cysticerken hätte mehr erwogen werden müssen.

Fall XVII.

Albert K., 39 Jahre, Maurer, aufgenommen 5. März 1906 Nervenklinik Halle.

Vor dem Beginne seiner gegenwärtigen Erkrankung soll Patient im Wesentlichen stets gesund gewesen sein. Etwa eine Woche vor Weihnachten des vergangenen Jahres wurde er während der Arbeit plötzlich von heftigem Schwindelgefühl und allgemeinem Unwohlsein befallen; gleichzeitig stellten sich intensive Kopfschmerzen ein. Letztere blieben in den nächsten 14 Tagen stationär und hielten den Kranken von der Arbeit ab. Irgend eine Lähmung, Sprachstörung oder Brechreiz traten zunächst nicht auf. In der zweiten Hälfte Januar verschlechterte sich sein Zustand nach vorausgegangener leichterer Besserung wieder erheblich, die Kopfschmerzen sollen ausserordentlich heftig gewesen sein, er habe sehr viel geschlafen und sei tagelang in benommenem Zustande dagelegen. Ende Januar stellte sich ein mehrstündiger schwerer Ohnmachtsanfall ohne Krämpfe ein. Ein gleicher Anfall wiederholte sich einige Tage nachher wieder und im Anschlusse daran wurde bemerkt, dass die rechte obere Extremität gelähmt war. Nach einem weiteren Anfalle, der sehr

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bald darauf eintrat, wurde auch eine bedeutende Schwäche des rechten Beines bemerkt. In späterer Folge stellte sich unter andauernden heftigen Kopfschmerzen und zeitweiligem Brechreiz auch eine bedeutende Schwäche im linken Bein ein, so dass er bei jedem Versuche, aufrecht zu stehen, vollkommen zusammengeknickt sei.

Von Seite des psychischen Zustandes des Kranken wird von den Angehörigen berichtet, dass Patient in letzter Zeit wiederholt hallucinirt habe, er habe fremde Personen im Zimmer gesehen; ausserdem habe er angegeben, dass die Einrichtungsgegenstände des Zimmers vollkommen übereinandergestellt seien, dass alles von unten nach oben gekehrt sei. Er habe die Wände schief stehen gesehen. Seine Umgebung habe er verkannt, seine Wohnung für einen Stall gehalten und dergleichen mehr. Die Sprache sei auffällig langsam geworden, und er habe wiederholt beim Sprechen die Worte nicht gefunden.

Ein Kopftrauma ist der gegenwärtigen Erkrankung nicht vorausgegangen, für Lues finden sich keine anamnestischen Anhaltspunkte.

Status: Patient ist ein grosser, im Ganzen kräftiger Mann, am knöchernen Stützapparat ist nichts bemerkenswerth. An den Hautdecken fällt auf, dass der ganze Rumpf und die obere Hälfte der Oberschenkel mit vereinzelten bis zu bohnengrossen Knötchen bedeckt sind, die sich zum Theil hart anfühlen, zum Theil weich elastisch, besonders in ihrem mittleren Antheile. Die oberflächlichen Hautschichten sind dabei vollkommen normal. Das Aussehen dieser Knötchen sprach für multiple Hautfibrome, was auch durch die histologische Untersuchung eines solchen Knötchens bestätigt wurde.

Der Schädel ist leicht symmetrisch, die Gegend des linken Stirnbeines ist in ihrem oberen Antheile deutlich abgeplattet, die Percussion des Schädels ergiebt einen sonoreren Schall über der ganzen linken Schädelseite und zwar besonders im vorderen Antheil in der Gegend, welche dem abgeplatteten Gebiete im Stirnbein und angrenzenden Scheitelbeine entspricht. Die Percussion verursacht auf der ganzen linken Schädelseite deutliche Schmerzen.

Bei der Schallleitungsprüfung findet man in einem Gebiete von etwa Hühnereigrösse in der linken Stirngegend nach rückwärts bis zur Centralwindung reichend, eine wesentliche Verschlechterung des Stimmgabeltones; rings um diese Partie gleicht sich die Differenz vollkommen aus, doch tritt im hinteren Schädelantheile, besonders über der hinteren Gegend der Schläfeschuppe, sowie des unteren Theils des Scheitelbeines und nach hinten unten davon bis zum Warzenfortsatz und hinter demselben wieder eine erhebliche Herabsetzung der Schallleitung für die linke Seite auf. Ueber dem Os occipitale ist eine Differenz nicht mehr vorhanden. Bei Position der Stimmgabel auf die Eminentia occipitalis superior lassen sich diese Unterschiede nicht erkennen, auch längs der Basis findet sich ebensowenig bei dieser, wie bei der ersten Auscultation ein nennenswerther Unterschied.

Die Augenbewegungen sind frei, die rechte Pupille ist deutlich weiter als die linke, die Accommodationsreaction sowie Lichtreaction ist rechterseits etwas träger als links, der Cornealreflex ist vorhanden. Es besteht eine beiderseitige Stauungspapille, links deutlicher als rechts.

Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Das Geruchsvermögen ist erhalten, Nasen- und Ohrkitzelreflexe sind deutlich, rechts nicht sicher auslösbar.

Der rechte Facialis ist in seinen beiden unteren Aesten deutlich paretisch, die Parese tritt bei mimischer Innervation stärker auf, als bei willkürlicher; der obere Facialisast ist von der Parese nur spurweise betroffen. Die Zunge weicht beim Vorstrecken etwas nach rechts ab, der Rachenreflex ist auslösbar.

Das Hörvermögen ist beiderseits intact.

Die rechte obere Extremität zeigt eine deutliche Parese und wird in der für hemiplegische Lähmungen charakteristischen Stellung gehalten. Ihre Bewegungen sind paretisch und atactisch. Der Tricepsreflex ist beiderseits, doch mehr rechts, gesteigert. Der Periostreflex fehlt rechts.

Die Rumpfmuskulatur wird rechts weniger gut innervirt, als links. Die Bauchhaut- und Periostreflexe sind links auslösbar, rechts fehlen sie. Die Kniesehnenreflexe sind beiderseits gesteigert, Patellarclonus ist angedeutet, der Achillessehnenreflex rechts clonisch, ebenso besteht rechts Fussclonus. Das rechte Bein zeigt eine schlaffe Lähmung; beim Erheben desselben tritt grobes Schwanken auf. Der Muskeltonus ist in beiden Beinen, viel deutlicher jedoch rechterseits, herabgesetzt. Das Stehen geschieht auf breiter Basis unter Schwanken; bei geschlossenen Augen fällt Patient nach rückwärts. Beim Gehen tritt die Hypotonie im rechten Bein durch Ueberstrecken der Gelenke bei Belastung sehr deutlich zu Tage. Die Hypotonie ist auch an der rechten oberen Extremität sehr ausgesprochen.

Die Sensibilität ist am ganzen Körper intact, es besteht keine Tastlähmung, auch apractische Störungen fehlen.

Die Sprache ist auffällig langsam (Bradyphasie), ausserdem ist eine deutliche Erschwerung des Wortfindungsvermögens zu constatiren.

Von Seite der inneren Organe ist nichts zu erwähnen. Der Puls ist kein ausgesprochener Druckpuls, zeigt mittlere Füllung und Spannung. Die Gefässwandungen sind nicht rigid. Die Herzactionen sind rhythmisch und äqual, 72—78 in der Minute.

Die Untersuchung des Urins fällt negativ aus.

Während der nächsten Tage des Aufenthaltes auf der Klinik verschlechterte sich der Zustand des Patienten verhältnissmässig rasch; unter beständigen, erheblichen Kopfschmerzen wurde die rechtsseitige Parese deutlicher, der Oppenheim'sche und Strümpell'sche Reflex wurden rechterseits manifest, der Fusssohlenreflex blieb normal.

Die allgemeinen Symptome: Kopfschmerzen, Brechreiz, Stauungspapille, zeitweilig benommenes Sensorium sprachen für das Vorhandensein eines intracraniellen Tumors. Von Localzeichen waren vorhanden eine Parese des rechten Facialis und eine ebensolche der rechten oberen, weniger der rechten unteren Extremität, der Rumpfmuskeln rechterseits und später auch der linken unteren Extremität; ausserdem bestand Bradyphasie und Erschwerung des Wortfindungsvermögens. Die Stauungspapille war linkerseits um 2 Dioptrien höher als rechts.

Da in der Anamnese angegeben war, dass sich in erster Linie die Läh-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mung der rechten oberen Extremität entwickelt hatte, und diese Parese auch in der klinischen Beobachtung im Vordergrund stand, wurde der Sitz des Tumors in der Gegend des Armcentrums der linken Hemisphäre verlegt. Für einen Sitz des Tumors in der Tiefe des Marklagers sprach das Fehlen aller corticalen Reizsymptome. Der Umstand, dass die Facialisparese bei mimischer Innervation deutlicher hervortrat, als bei willkürlicher, sowie dass die Mimik im Allgemeinen eine sehr schlaffe war, konnte auf einen Druck des Tumors, auf den Thalamus opticus, bezogen werden. Ein primärer Sitz in der motorischen Region schien nach der Anamnese unwahrscheinlich. Von Seite des Parietalhirns fehlten sämmtliche Symptome. Es wurde daher angenommen, dass sich der Tumor voraussichtlich nicht nach rückwärts ausbreite, sondern in der Tiefe vor den Centralwindungen liegen würde. Die leichten Sprachstörungen konnten bei dieser Lage des Tumors als indirectes Symptom oder Nachbarschaftssymptome aufgefasst werden. Für diesen Sitz des Tumors wurde auch der Befund, welcher mittelst Percussion und Auscultation des Schädels gefunden wurde, gedeutet. Es fand sich in einem Gebiete, welches mit dem angenommenen Sitze des Tumors vollständig übereinstimmte, ein sonorer Percussionsschall und eine Abschwächung des Stimmgabeltones. Dabei wurde die Verkürzung der Schallleitung über der linken unteren, hinteren Schädelgegend vernachlässigt.

Für die Art des Tumors kam von Anfang an in Erwägung, dass in der Haut des Körpers sehr reichliche Neurofibrome vorhanden waren, und es war deshalb schon aus diesem Grunde naheliegend, anzunehmen, dass auch der Hirntumor aus artverwandtem Gewebe bestehe, also ein Gliom sei.

Zu diagnostischen Zwecken wurde nun von Dr. Pfeifer mehrmals eine Probepunction in der fraglichen Gegend vorgenommen und bei einer derselben, wo in der Gegend des Facialiscentrums eingegangen wurde, aspirirte man aus der Tiefe von 4 cm Hirntiefe ein Gewebsstückchen, welches bei der histologischen Untersuchung und Färbung nach der Mallory'schen Methode als Gliommasse angesprochen werden musste. Eine spätere Bohrung im vorderen Antheil des Schläfelappens ergab reichliche Fettkörnchenzellen und Fetttröpfchen im frischen Präparate und es wurde nach diesem Resultate eine Erweichungszone des fraglichen Tumors in diesem Gebiet angenommen.

Das Vorhandensein eines Glioms in der Tiefe des Marklagers der linken Hemisphäre war also durch Pfeifer's Punction einwandfrei nachgewiesen, und es wurde angenommen, dass der Tumor in der vorderen Hälfte der Hemisphäre sitze (eine Annahme, die sich bei der Obduction als irrthümlich erwies).

Für eine operative Entfernung des Tumors schien bei dem tiefen Sitz der Geschwulst keine Indication vorhanden.

Aus dem weiteren Verlaufe ist zu erwähnen, dass die Parese der rechten oberen Extremität sich bald erheblich steigerte; ausserdem entwickelte sich eine Ptosis am rechten Auge. Die Klopfempfindlichkeit des Schädels war immer vorwiegend in der Gegend der linken Stirne deutlich. In der späteren Zeit entwickelte sich eine Contractur im linken Orbicularis orbitae. Die Sprach-

Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

störung wurde in demselben Sinne wie früher deutlicher, das Benennen von Gegenständen von allen Sinnesgebieten aus war erheblich geschädigt, dagegen bestand keine Asymbolie und keine Störung des Sprachverständnisses. Die Lähmung der rechten oberen Extremität blieb eine vollkommen schlaffe und hochgradiger als die der unteren.

Am Trommelfell wurde nichts Krankhaftes gefunden. Der Allgemeinzustand verschlimmerte sich verhältnissmässig rasch und Patient starb unter stets zunehmender Somnolenz am 14. April 1906.

Bei der Obduction wurde folgender Befund erhoben: Cranium im linken vorderen Schädelantheil mässig abgeplattet in einem Gebiete von etwa Hühnereigrösse. Die Dura nirgends mit dem knöchernen Schädeldache auffällig verwachsen, stärker gespannt, glatt, glänzend. Die Windungen der linken Hemisphäre stärker abgeplattet, die Sulci verstrichen. Bei einem Schnitte durch die vorderen Centralwindungen ist die Marksubstanz in der Tiefe deutlich gelb verfärbt, ebenso in der Spitze des Schläfelappens. Bei weiter nach hinten angelegten Frontalschnitten findet sich ein ca. hühnereigrosser Tumor weicher Consistenz, der vorwiegend im unteren und hinteren Abschnitt des Schläfelappens localisirt ist, nach vorne bis zu einer Ebene reicht, welche durch die Praecentralfurche in frontaler Richtung gelegt wird, nach hinten bis zum Occipitallappen. Die histologische Untersuchung ergab den unzweifelhaften Befund eines polymorphen Glioms.

Die Localisation des Tumors auf Grund der klinischen Untersuchung in das Marklager der linken Hemisphäre wurde also bei der Obduction bestätigt, aber die genauere Localisation stimmte nicht. Es war angenommen worden, dass der Tumor im Wesentlichen vor der motorischen Region sitze; die Gründe dafür wurden weiter oben angeführt. Ausser den Hirnsymptomen war für die Localisation auch die Verkürzung der Schallleitung über einem Gebiete maassgebend, welches mit dem muthmaasslichen Sitze des Tumors gut übereinstimmte. Dabei wurde die gleichzeitige Impression des Knochens an der fraglichen Stelle nicht in Betracht gezogen. Ich wusste damals noch nicht, dass der Stimmgabelton über einfachen Impressionen abgeschwächt werden kann und führte die Abschwächung auf intracranielle Veränderungen zurück. Ausserdem machte ich einen zweiten Fehler, indem ich ein weiteres Gebiet von Schallleitungsverkürzung unberücksichtigt liess, dass seiner Ausbreitung nach, wie bei der Obduction erkannt wurde, genau dem Sitze des Tumors entsprach. Wenn ich die Schallverkürzung im vorderen Schädelabschnitte auf die Impression zurückgeführt hätte, so wäre mir nothgedrungen bei unvoreingenommener Beurtheilung der Verhältnisse die zweite Stelle der Schallverkürzung mehr aufgefallen, und es hätte der Sitz des Tumors im Gebiete dieser Schalldämpfung erörtert werden müssen. Bei einer Probepunction über dieser Stelle hätte man sicher Tumormaterial bekommen und somit wäre der Sitz des Tumors in jeder Richtung einwandsfrei bestimmt worden.

Zusammenfassung: Beginn der Erkrankung etwa 3 Monate vor der Aufnahme bei einem sonst gesunden Manne mit einem Anfall von Schwindel und allgemeinem Unwohlsein, längerdauernde Kopfschmerzen. Nach mehreren

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wochen ein Ohnmachtsanfall, der bald von weiteren solchen gefolgt war; gleichzeitig mit den Anfällen entwickelte sich eine hochgradige Parese der rechten oberen, dann der rechten unteren Extremität, intensive Kopfschmerzen und zeitweilig Erbrechen. Klinisch: Stauungspapille links > rechts, Facialisparese rechts, mimisch > willkürlich; schlaffe Lähmung der rechten oberen, weniger der rechten unteren Extremität. Rumpfmuskelparese rechts. Keine Sensibilitätsstörungen. Keine Reizsymptome. Bradyphasie. Die Haut ist bedeckt von reichlichen Neurofibromen. Flache Impression des Craniums in der linken Stirngegend, Percussionston darüber sonorer. Schallleitung über derselben Stelle schlechter; ebenso in der Gegend des Zusammentrittes von Os temp. pariet. und occipit., sowie unterhalb dieser Stelle. Diagnose: Tumor (Gliom) in der Tiefe des Marklagers hinten zwischen der Gegend der Centralwindung und Occipitallappen im unteren Gebiete des Marklagers. Die zweite Schalldämpfungszone stimmte mit dem Sitze des Tumors überein und darf wohl auf denselben bezogen werden. Klinisch hatte die Schalldämpfung einer flachen Impression des Cranium irre geführt und den Tumor vor die Centralwindungen localisiren lassen.

Fall XVIII.

Else K., 19 Jahre, Schneiderin; aufgenommen 14. Februar 1906, Nervenklinik Halle.

Anamnese: Eine erbliche Belastung ist nicht nachweisbar. In der Kindheit soll Patientin mehrmal Lungenentzündungen durchgemacht haben, im 12. Lebensjahre eine Blinddarmentzündung. Mit 14 Jahren soll sie an Gelenkrheumatismus erkrankt sein, der angeblich zu keinen dauernden Folgekrankheiten geführt hat. Im 15. Lebensjahre sollen Krampfanfälle mit Bewusstseinsverlust und Zungenbiss aufgetreten sein, in der ersten Zeit mit einem Intervall von etwa 4 Wochen, später häufiger und schliesslich längere Zeit hindurch jeden zweiten Tag. Seit 2 Jahren haben diese Anfälle wieder vollkommen sistirt. Ueber den genaueren Verlauf derselben ist nichts zu erfahren. Patientin wurde im 14. Jahr menstruirt, die Menses kehrten bis zur Gegenwart regelmässig mit mehr oder weniger Beschwerden wieder. In ihrem Benehmen soll sie stets eine erhöhte Reizbarkeit gezeigt haben.

Vor einem halben Jahre stellte sich zum ersten Male anfallsweise ein Zustand von Schwäche der ganzen linken Körperseite ein, begleitet von Gefühllosigkeit derselben, die sich auch auf der linken Zungenhälfte bemerkbar machte. Derartige Anfälle wiederholten sich seither bis zur Gegenwart in verschiedenen Intervallen, hatten meist die Dauer von etwa 5 Minuten und sollen nicht von gröberen Krämpfen begleitet gewesen sein. Seit $^1/_4$ Jahr bemerkte Patientin eine Abnahme ihres Sehvermögens, bei feineren Arbeiten sehe sie plötzlich garnichts und nach kurzer Zeit kehre dann das Sehvermögen wieder. Anfallsweise soll Schwindel auftreten und Kopfschmerzen in der Dauer von etwa $^1/_2$ Stunde, die verschieden localisirt werden, theils auf dem Scheitel, dann wieder in der Hinterhauptgegend und in der Stirne. Einige Male soll während solcher Schwindelanfälle und Kopfschmerzen auch Erbrechen aufge-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

treten sein. Als Patientin vor 4 Wochen wegen ihrer Sehschwäche die hiesige Augenklinik aufsuchte, wurde dort eine beiderseitige Stauungspapille constatirt. Bei dem Eintritt in die Nervenklinik stellte sich nach dem Berichte der Umgebung ein Anfall von klonischen Zuckungen im linken Arm und weniger im linken Bein ein, der dann auf das rechte Bein und den rechten Arm in geringerem Maasse übergegriffen haben soll. Die Zuckungen sollen nicht heftig gewesen sein und mit kurzen Unterbrechungen ca. 4 Minuten gedauert haben. Patientin gab an, dass sie dabei heftige Kopfschmerzen empfand, doch keine Paraesthesien, kein Schwindelgefühl, zum Erbrechen kam es auch nicht. Später wurde in Erfahrung gebracht, dass Patientin vor 4 Monaten Bandwurmglieder im Stuhl bemerkte, bei einer entsprechenden Kur soll der Kopf mit abgegangen sein.

Status: Kräftiges grosses Mädchen, gut entwickelte Muskulatur und Fettpolster. An der Haut und am Skelette, sowie an den oberflächlich tastbaren Drüsen kein pathologischer Befund, keine Temperatursteigerung.

Der Kopf ist symmetrisch; es findet sich in der Medianlinie, in der Gegend der Coronarnaht nur wenig nach rückwärts davon reichend, eine ziemlich umschriebene druckempfindliche Stelle; sonst ist der Schädel nirgends druck- oder percussionsempfindlich, der Percussionston ist über der rechten Schädelseite mässig gedämpft.

Geruchsstörungen fehlen.

Der Conjunctivalreflex ist links nicht auslösbar, der Cornealreflex gleichfalls herabgesetzt, rechts sind beide prompt. Bei extremen seitlichen Blickbewegungen tritt sowohl rechts als links, links vielleicht etwas mehr, ein leichter Nystagmus auf. Die Endstellung wird linkerseits nicht vollkommen erreicht, Doppelbilder sind nicht nachweisbar. Das Gesichtsfeld ist beiderseits völlig frei. Die Pupillen mittelweit, gleich, zeigen zunächst ausgiebige Reaction auf Lichteinfall, und dann folgt abwechselndes Verengen und Erweitern der Pupille. Bei Accommodation und Convergenz vollkommen prompte Reaction. An beiden Augen besteht eine deutliche Stauungspapille mit geringeren Blutungen; das Sehvermögen ist beträchtlich herabgesetzt, rechts mehr als links.

Der Trigeminus ist im Austrittspunkte des I. Astes linkerseits druckempfindlich, sonst beiderseits sensibel und motorisch intact.

Im Facialis findet sich im ersten Aste links eine spurweise schwächere Innervation, der Augenschluss ist links deutlich schwächer als rechts, in den beiden unteren Aesten ist eher rechts eine spurweise Parese im Vergleich zum linken vorhanden.

Das Hörvermögen ist beiderseits normal, das Trommelfell ebenso.

Die Zunge wird gerade vorgestreckt, zittert ein wenig, die Uvula weicht etwas nach rechts ab; der Gaumensegelreflex ist beiderseits gleich, auch der Rachenreflex deutlich.

Im Kopfbereiche besteht nirgends eine Herabsetzung der Sensibilität und keine weitere Druckschmerzhaftigkeit, bis auf den linken Nervus occipitalis major.

Die oberen Extremitäten weisen einen deutlichen Tremor auf, rechterseits

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vielleicht etwas deutlicher als links; der Händedruck ist beiderseits kräftig. Eine gröbere Störung im Bewegungsablauf besteht nicht; die Sehnen- und Periostreflexe sind linkerseits eine Spur lebhafter als rechts. Eine Störung der Sensibilität ist zunächst nicht nachweisbar, und zwar sowohl bezüglich der oberflächlichen als der tiefen; es besteht keine Ataxie.

Auch an den unteren Extremitäten geschehen die Bewegungen vollkommen normal, kein deutlicher Tremor, keine Ataxie. Achillessehnen- und Patellarreflexe sind beiderseits gleich, nur etwas lebhafter. Der Muskeltonus ist sowohl an den oberen als an den unteren Extremitäten nicht nennenswerth gesteigert. Bei Passivbewegungen an den unteren Extremitäten ist vielleicht ein minimaler initialer Widerstand vorhanden. Auch an den unteren Extremitäten fehlen Sensibilitätsstörungen. Romberg negativ. Fusssohlenreflex normal. Kein Oppenheim'scher, kein Strümpell'scher Reflex.

Die Untersuchung der Lungen, sowie des Abdomens bleibt ohne pathologischen Befund.

Die Herzdämpfung ist etwas nach links hin verbreitert, der erste Herzton an der Spitze dumpf, doch begrenzt, der zweite Pulmonalton stärker klappend, sonst keine Anhaltspunkte für eine Störung in der Schliessfähigkeit der Klappen. Der Puls ist kräftig, regelmässig, voll, nicht auffällig celer, 72.

Am Stamme findet sich noch eine linksseitige Druckschmerzhaftigkeit der Mamma, der Plexus cervicalis ist links deutlich, rechts nur wenig druckempfindlich, die linke Ovarialgegend ist leicht druckschmerzhaft, ebenso der linke Nervus cruralis dicht unter dem Poupart'schen Bande.

Die Bauchreflexe links $>$ rechts.

Im Harne war nichts Pathologisches nachweisbar.

Während des Aufenthaltes der Patientin auf der Klinik stellten sich zunächst wiederholt anfallsweise auftretende Kopfschmerzen und Doppeltsehen ein; auch klagte sie immer darüber, dass ihr plötzlich vollkommen dunkel vor den Augen werde. 3 Tage nach ihrer Aufnahme stellte sich abermals ein Anfall von grobem Zittern und Schütteln der linken Körperseite mit vorwiegender Betheiligung des linken Armes ein. Bald nach dem Beginne verbreitete sich die krampfhafte Bewegungsunruhe auch auf die rechte Körperseite, zuerst das rechte Bein, dann die rechte obere Extremität betreffend. Nach dem Anfalle, der etwa $^1/_2$ Stunde dauerte, stellte sich eine mehrere Stunden lang dauernde Uebelkeit mit Brechreiz und Kopfschmerzen ein, das Bewusstsein war während des Anfalles erhalten. Patientin konnte auch auf Aufforderung unter Schwierigkeiten einzelne Bewegungen ausführen.

In der späteren Zeit entwickelte sich zunächst nur spurweise, später immer deutlicher werdend, eine Herabsetzung der Tastempfindungen an der linken Hand, auch wurden passive Stellungen der linken Hand durch die rechte schlechter nachgeahmt als umgekehrt. Diese Störungen waren anfangs nur an der oberen Extremität, später auch an der unteren nachweisbar. Die früher beschriebene Druckschmerzhaftigkeit in der Medianlinie des Schädels blieb nicht constant. Es kehrten in grösseren Intervallen Anfälle von Parästhesien an der linken Körperseite (Gefühl von Wärme und Taubsein), sowie anderer-

Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

seits von leichten Krampfanfällen, die ähnlich verliefen, wie die früher beschriebenen. Bei einem derselben wurde vor dem Auftreten des Zitterns und der krampfhaften Spannungen der Extremitäten eine Kopfbewegung nach links und bald darauf nach rechts in tonisch krampfhafter Art beobachtet, dazu kamen Kaubewegungen und Zähneknirschen. Die unteren Extremitäten betheiligten sich an den tonischen Krämpfen und den raschen clonischen Zuckungen bedeutend weniger, während Nacken- und Rumpfmuskeln auch davon ergriffen waren.

Bei einer genauen Prüfung der Schallleitungsverhältnisse des Schädels ergab sich, dass der Percussionsschall an der rechten unteren Schädelseite in der Gegend über dem äusseren Gehörgang sowie über dem Ansatze des Jochbogens kürzer war als links. Der fortgeleitete Stimmgabelton war bei Pos. I gleichfalls in demselben Gebiete kürzer, die deutlichste Verkürzung fand sich etwas oberhalb des Jochbogenansatzes und etwas nach hinten davon, etwa dem oberen Ohrrande entsprechend. Von dieser Stelle aus wurde die Differenz nach allen Seiten hin geringer, und zwar nahm sie nach oben und hinten zu rasch ab, während sie nach vorne über dem ganzen Jochbogen, über der Fossa canina und am Schädel selbst, an der unteren lateralen Seite bis zur Stirne hin nachweisbar war. Der Unterschied war kein sehr grosser, doch quantitativ so, dass er nicht übergangen werden konnte. Die Percussion des Kopfes war nirgends schmerzhaft.

Bei einer Probepunction von Herrn Dr. Pfeiffer, die zu diagnostischen Zwecken in der rechten Parietalregion gemacht wurde, entleerte sich eine bernsteingelbe Flüssigkeit. Aus dem Punctionsmaterial, welches aus einer Bohrstelle über dem Schläfelappen gewonnen wurde, aspirirte man ein Gewebsstückchen, das sich bei der histologischen Untersuchung als normale Hirnsubstanz erwies.

Bei späteren Controllbohrungen, die zur Erlangung von Ventrikelflüssigkeit gemacht wurden, konnte aus dem rechten Seitenventrikel keine Flüssigkeit aspirirt werden, und es wurde angenommen, dass derselbe in Folge starker Compression keine Cerebrospinalflüssigkeit enthalte, während sich aus dem linken Seitenventrikel vollkommen klare Cerebrospinalflüssigkeit entnehmen liess.

Im Vordergrunde des Krankheitsbildes blieben während des weiteren Verlaufes meist anfallsweise auftretende, heftigste Kopfschmerzen von verschiedener Localisation, nur ausnahmweise in der rechten Parietalgegend localisirt, fortschreitende Abnahme des Sehvermögens unter beginnender Atrophie der Papilla nervi optici, rechts mehr als links. Die Lagegefühlsstörung und Tastparese, sowie eine Herabsetzung des Localisationsvermögens der linken Körperseite blieb immer in mässigen Grenzen. Vorübergehend kam es zu einer leichten Schwellung der Augenlider, die eine leichte Ptosis vortäuschte. Von Seiten der Augenmuskeln wechselten die Symptome ebenfalls; die anfänglich beschriebene leichte beiderseitige Abducensparese schwand zeitweise vollkommen, dafür trat eine rechtsseitige Internusparese auf und eine deutliche rechtsseitige Ptosis, doch blieben diese Erscheinungen nicht constant. Bei der Wiederkehr von Krampfanfällen wurde wiederholt der Verlauf beobachtet, dass die Anfälle mit

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer Kopf- und Blickwendung nach links, mit Zuckungen im linken Facialis einsetzten, und sich dann in der früher beschriebenen Weise in dem übrigen Körpergebiet verbreiteten.

Das Sehvermögen hatte sich nach zweimonatlichem Aufenthalte hochgradig verschlechtert. Am rechten Auge nahm Patientin Lichtreiz überhaupt nicht mehr wahr und linkerseits engte sich das Gesichtsfeld auch beträchlich unter gleichzeitiger schwerer Einbusse des Sehvermögens ein. Vorübergehend bestand am linken Auge linksseitige Hemianopsie.

Das Geruchsvermögen verschlechterte sich rechterseits, so dass bei wiederholten Untersuchungen immer wieder eine deutliche Herabsetzung constatirt werden konnte.

Aus dem Status ist noch zu erwähnen, dass im Stuhlgange Tänienglieder gefunden wurden, und dass bei entsprechender Medication, die mehrfach wiederholt wurde, der Abgang eines Tänienkopfes nicht gefunden werden konnte.

Aus den constanten Symptomen von Tastparese, Parese des Lagegefühls linkerseits, anfallsweise auftretenden Parästhesien und Krämpfen mit Jacksontypus wurde ein Herd in der Gegend des rechten Parietalhirns angenommen. Die übrigen Symptome, Parese im linken oberen Facialis, beiderseitige Abducensparese, rechtsseitige Oculomotoriusparese, vorübergehend auch linksseitige Ptosis, und eine Reihe anderer flüchtiger Erscheinungen konnten mit dem Sitze des Herdes nicht in directe Verbindung gebracht werden. Die allgemeinen Symptome von Kopfschmerz, Schwindel, Stauungspapille, waren die untrüglichen Zeichen des raumbeengenden Processes im Cranium. Was nun die Art der Erkrankung anlangt, legte das Vorhandensein eines Bandwurms im Verdauungstract den Verdacht auf Cysticerken nahe. Das Ergebniss von Pfeifer's Punction war das Vorhandensein eines grösseren cystischen Raumes in der rechten Parietalgegend, die Cystenflüssigkeit sprach eher für eine tumoröse Cyste, als für den Inhalt einer Cysticerkenblase. Ausserdem war bei der Hirnpunction aus dem rechten Seitenventrikel keine Flüssigkeit zu gewinnen, was dahin gedeutet wurde, dass derselbe comprimirt war.

Bei der Schallleitungsprüfung fand sich eine Verkürzung derselben unterhalb der Gegend, welche nach den übrigen klinischen Symptomen und vor allem nach dem einwandfreien Punctionsergebniss als der Sitz des Herdes gelten musste, sowie nach vorne von diesem Gebiete. Die Aufklärung dieses Befundes soll später gegeben werden.

Am 10. April wurde Patientin zur Vornahme einer Operation auf die chirurgische Klinik überführt und am 12. April führte Prof. v. Bramann die Operation aus. Es wurde in der Parietalregion ein breiter Weichdecken- und Knochenlappen gebildet; nach dem Eröffnen des Craniums lag die sehr prall gespannte, theilweise etwas anämische Dura vor. Nach Eröffnung der Dura quoll deutliche hyperämische Hirnsubstanz vor, welche normale Pulsation zeigte. Eine Resistenz war nicht zu tasten. Bei der Punction der Hirnsubstanz wurde zunächst dieselbe bernsteingelbe Flüssigkeit und später mehr blutig tingirte aspirirt wie früher bei den percutanen Punctionen. Nach einem Einschnitt präsentirte sich eine grosse Höhle, die zum Theil noch mit Flüssigkeit

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gefüllt war; die Höhle hatte eine Tiefe von 8 cm und reichte weit nach vorne, sodass der ganze Finger des Operateurs in den Cystenraum hineingeführt wurde, ehe er nach vorne und innen vorgehend die gegenüberliegende Cystenwand erreichen konnte. Die obere Decke der Cystenwandung bestand nur aus einer sehr dünnen Schicht von Hirnsubstanz, sodass gegen die Medianlinie hin die Pacchionischen Granulationen zu tasten waren. Die äusserst dünne Wand der Cyste wurde nach Möglichkeit entfernt und der Cystenraum nach Beendigung der Operation tamponirt. Die Operationswunde kam erst beim ersten Verbandwechsel zu dauerndem Verschluss. Sämmtliche Ausfalls- und Reizsymptome, welche von Seiten des Herdes bestanden, bildeten sich in der späteren Zeit allmählich nahezu vollkommen zurück, so dass Patientin nach Verheilung der Operationswunde, was ihre Herdkrankheit anlangt, zunächst als geheilt betrachtet werden muss.

Das Sehvermögen besserte sich in Folge der weitvorgeschrittenen Atrophie des Opticus nur in geringerem Maasse.

Die histologische Untersuchung des bei der Operation entfernten Materials ergab nichts für eine bestimmte pathologische Veränderung Charakteristisches, nur an einem ganz kleinen Stückchen fand sich eine tumorverdächtige Stelle, doch konnte bei der sehr kleinen Menge des Materials eine Entscheidung nicht getroffen werden und das Schlussergebniss der histologischen Untersuchung muss als ein unbestimmtes, für eine Geschwulst keinen sicheren Nachweis lieferndes aufgefasst werden. Für eine Cysticerkenwand fand sich bei der histologischen Untersuchung gewiss nichts Charakteristisches.

Nach dem Befunde bei der Operation glaube ich die Veränderung der Schallleitung am Schädel folgendermaassen erklären zu müssen: die Schalldämpfung an der unteren rechten Schläfeseite und nach vorne zu bis zur Stirne ist zurückzuführen auf die Compression des Seitenventrikels und des Unterhornes. Diese Compression wurde nicht nur durch die Lage der ausgedehnten Cyste als wahrscheinlich erschlossen, sondern durch die Ventrikelpunction constatirt. Während linkerseits sich sofort unter stärkerem Druck reichlich Ventrikelflüssigkeit entleerte, konnte rechts trotz wiederholter Aspirationsversuche in verschiedenen Tiefen keine Flüssigkeit gewonnen werden. Die schalldämpfende Wirkung der relativen Ventrikelverengerung steht in diesem Falle nicht vereinzelt da. In dem Falle No. 19 fand sich auch über dem engeren Ventrikel eine Herabsetzung der Tonstärke; überdies ist aus den Erfahrungen der Schädelpercussion bekannt, dass über den erweiterten Seitenventrikeln der Percussionsschall sonorer und umgekehrt gedämpft klingt (Macewen, Die infectiös eitrigen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks). Der Percussionston war auch hier in demselben Gebiete, wo die Schallleitung verkürzt war, gedämpft, und ich glaube, mit voller Berechtigung auch diese Dämpfung auf die Ventrikelcompression zurückführen zu müssen. Von Seite der grossen stark gespannten Cyste wurde eine Aenderung der Schallleitungsfähigkeit nicht hervorgerufen. Es ist dies ein interessanter und lehrreicher Befund für künftige Untersuchungen ähnlicher Fälle. Erwähnt muss dazu noch werden, dass das Cranium über dem Herde nicht verdünnt

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

war und dass die Dura weder mit dem Gehirne, noch mit dem knöchernen Schädeldache verwachsen war. Ich halte es nicht für berechtigt, aus diesem einen Falle von Cyste des Gehirns eine Regel für die Veränderung der Schallleitungsverhältnisse durch Cysten im Gehirne abzuleiten, weil dieselben je nach ihrer Lage, ihrem Füllungszustand, und damit ihrer Spannung, sowie durch ihr verschiedenes Verhalten zur Umgebung (Verwachsungen mit den Hirnhäuten, ev. Usuren des Knochens etc.) zu verschiedenen Resultaten führen können. Soviel lässt sich aber doch sagen, dass das Vorhandensein von Flüssigkeit in einem abgegrenzten Raume im Gehirne an sich nicht zu einer Dämpfung oder einer wesentlichen Verbesserung der Schallleitung führt. Was im gegebenen Falle gefunden wurde, waren Erscheinungen, die nur indirecter Art auf die Cyste zurückzuführen sind: Compression der Seitenventrikel.

Zusammenfassung. Anamnese: Epileptiforme Krampfanfälle vom 15. bis zum 17. Lebensjahre; 2 Jahre später nach vollkommenem Wohlbefinden anfallsweise auftretende Parästhesien der linken Körperseite und später Krampfanfälle mit besonderer Bevorzugung der linken Seite, gewöhnlich ohne Bewusstseinsverlust; Kopfschmerzen, Abnahme des Sehvermögens, Schwindelanfälle und zeitweiliges Erbrechen.

Status: Stauungspapille, Tastparese und Lagegefühlsstörung der linken oberen, weniger der unteren Extremität. Bestätigung der epileptischen Anfälle nach Jacksontypus, die gleichfalls mit einem Herde im rechten Parietalhirn in Einklang standen. Schwankende Ausfallssymptome von Seiten der Faciales, Abducentes und Oculomotorii, sowie des rechten Olfactorius, Tänie im Darm. Percussionston in einem Gebiete unterhalb des muthmaasslichen Sitzes des Herdes und nach vorne davon gedämpft. Die Schallleitung über demselben Gebiete verkürzt. Diagnose: Tumor oder Cysticercus in der rechten Parietalgegend. Bei der Punction und Operation umfangreiche Cyste nicht sicher bestimmbarer Herkunft an der klinisch erschlossenen Stelle. Heilung nach Operation mit zurückbleibender schwerer Sehstörung in Folge Atrophie nach Stauungspapille. Die Schalldämpfung erklärte sich durch Compression des Seitenventrikels.

Fall XIX.

Albert A., 37 Jahre, Metzger, aufgenommen 20. Januar 1906, Nervenklinik Halle.

Anamnese: Im Alter von 18 Jahren sollen bei dem früher gesunden Manne Krampfanfälle aufgetreten sein, welche von Bewusstlosigkeit begleitet waren und bei denen sich Patient wiederholt Zungenbisse zugezogen haben soll. Genaueres über die Art dieser Anfälle war nicht zu erfahren. Dem Auftreten derselben soll kein Trauma, keine Infectionskrankheit etc. vorausgegangen sein. Vor 9 Jahren soll der letzte Anfall stattgefunden haben. In der späteren Zeit habe er sich bis zum Beginne seiner gegenwärtigen Erkrankung vollkommen wohl gefühlt.

Im Juli des vergangenen Jahres sei er beim Abtragen einer Mauer mit einem grösseren Mauerstücke gestürzt und habe dabei eine Verletzung an der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nasenwurzel erlitten. Die Beschwerden seien anfänglich nicht sehr erheblich gewesen; er habe zwar heftiges Nasenbluten bekommen und musste zunächst die Arbeit einstellen, konnte derselben jedoch tags darauf wieder nachgehen. Etwa 3 Wochen nach diesem Schlage sollen sich heftigere Schmerzen continuirlicher Art in der Stirngegend eingestellt haben, die dann später wieder vollkommen zurücktraten. Seit dem Herbst des vergangenen Jahres stellten sich nun wieder anfallsweise Schwindelanfälle von kürzerer Dauer ein, Anfangs seltener, später mehrmals täglich; ohnmächtig soll er dabei nicht geworden sein, er habe nur ein grosses allgemeines Schwächegefühl empfunden, sodass er sich niedersetzen musste, um nicht zu Boden zu fallen. Das Herannahen der Anfälle habe er in Form eines unbestimmten Gefühls wahrgenommen, als ob vom Rumpfe zum Kopfe etwas Warmes aufsteige. Er verspüre bei den Schwindelanfällen am ganzen Körper ein grobes Zittern, das auch für die Umgebung sichtbar sein soll. 3 Wochen vor seiner Aufnahme bemerkte er eine Abnahme des Sehvermögens und zwar rechterseits mehr als links. Diese Abnahme des Sehvermögens und die Häufigkeit der Anfälle zwangen ihn, seine Arbeit einzustellen. Eine Abnahme des Gehörs habe er nicht bemerkt; ebenso soll das Geruchsvermögen unverändert gewesen sein.

Alkoholmissbrauch wird in Abrede gestellt; es finden sich keine Anhaltspunkte für eine luetische Infection, hereditäre Belastung fehlt.

Status: Der Untersuchte ist gut genährt, mittelgross, an der Haut und an den sichtbaren Schleimhäuten sowie am Skelette ist nichts Auffälliges zu bemerken.

An der Nasenwurzel findet sich eine über den Nasenrücken ziehende Hautnarbe, die auf der Unterlage verschieblich ist. Sie rührt nach der Angabe des Kranken von der in der Anamnese erwähnten Verletzung im Juli des vergangenen Jahres her.

Das Cranium ist symmetrisch, auf Percussion nicht schmerzhaft, der Percussionsschall ist etwas different und zwar rechterseits kürzer als links, am deutlichsten in der Stirngegend.

Bei Auscultation der Stimmgabel findet man in Pos. I eine Herabsetzung der Schallintensität geringen Grades über der rechten Stirngegend und zwar in ihrem vorderen Antheil. Auf der lateralen Seite derselben, im vorderen Antheile der Schläfegegend sowie über dem Jochbogen ist das Verhalten umgekehrt, rechts lauter als links. Bei Stellung der Stimmgabel auf die Eminentia occipitalis superior findet sich keine erhebliche Differenz.

Augenbefund: Das rechte Auge steht beim geraden Blick nach vorne etwas nach innen, beim Blick nach rechts bleibt es eine Spur zurück. Die rechte Pupille ist etwas weiter als die linke, bei directer Belichtung findet keine Reaction statt, doch consensuelle deutlich. Die linke Pupille reagirt auf Licht sowohl direct als consensuell. Die Convergenzreaction ist beiderseits erhalten. Das Sehvermögen ist rechterseits auch für Unterscheidung von Licht und Dunkel geschwunden, links erfolgt Fingerzählen bis auf eine Entfernung von 3 m, Lesen nur unter Schwierigkeiten. Der Augenhintergrund zeigt eine beiderseitige Stauungspapille mit Uebergang in Atrophie, rechts etwa $3^1/_2$,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

links $2^1/_2$ Dioptrien Niveaudifferenz gegenüber dem Fundus, Patient ist leicht hypermetrop. Die linke Lidspalte ist etwas enger, es besteht kein Nystagmus, das Gesichtsfeld ist am sehenden Auge nach der temporalen Seite beträchtlich eingeengt; auch die Lichtreaction ist an diesem Auge von der temporalen Seite her weniger gut als von der nasalen.

Das Geruchsvermögen fehlt bei den gebräuchlichen Geruchsproben vollkommen. Wenn man Acid. acet. glaciale unter die Nase hält, giebt er an, einen stechenden unangenehmen Reiz zu empfinden und reagirt mit dem entsprechenden mimischen Reflex, äussert jedoch, dass er dabei keinen Geruch empfinde, sondern nur eine unangenehme Sensation von Stechen mit betäubender Wirkung.

Die Geschmacksempfindung scheint links etwas herabgesetzt zu sein, doch sind die Angaben des Kranken dabei nicht sicher.

Der Trigeminus ist motorisch und sensibel intact, seine Austrittspunkte sind nicht druckschmerzhaft.

Die Zunge wird gerade vorgestreckt, zittert nicht, der Rachenreflex ist vorhanden.

Der Facialis wird sowohl willkürlich als mimisch gleichmässig innervirt. Auch sonst ist an den Hirnnerven nirgends ein Ausfallssymptom zu bemerken.

Die oberen Extremitäten sind in ihren Bewegungen normal, es besteht keine Ataxie, kein Tremor, keine Störung des Lagegefühls, keine Tastlähmung etc. Die Sehnen- und Periostreflexe sind vollkommen normal.

Die Bauchhautreflexe sowie die Cremasterreflexe sind deutlich auslösbar und rechts gleich links.

Auch an den unteren Extremitäten zeigen sämmtliche Reflexe beiderseits gleiches Verhalten; die Kniesehnenreflexe sind leicht gesteigert, Sensibilitätsstörungen fehlen.

Der Urin ist frei von pathologischen Bestandtheilen.

Der Gang ist etwas schwankend und breitspurig, Romberg'sches Phänomen in mässigem Grade vorhanden, Stehen auf einem Bein weder rechts noch links möglich. Eine Parese der Rumpfmuskeln besteht nicht.

An der Sprache fallen keine nennenswerthen Störungen auf.

Die Orientirung im Raume ist gut erhalten.

Der Befund an den inneren Organen weist keinerlei krankhafte Veränderungen auf; der Puls ist verlangsamt, voll und gespannt.

Einige Tage nach der Aufnahme des Kranken stellten sich Ohnmachtsanfälle ein, wobei er tief cyanotisch wurde und aus sitzender Stellung im Bette umsank, verlangsamte tiefe Atmung zeigte, jedoch frei von Körperkrämpfen blieb. Bei einem der Anfälle soll sich extreme Blickrichtung und Kopfwendung nach links zu Beginn des Anfalles eingestellt haben. Die Dauer der Anfälle war verschieden lange, im Anschluss an den einen trat ein Zustand schwerer Benommenheit ein, der mehrere Stunden lang dauerte und schliesslich in einen anscheinend normalen Schlaf überging.

In der Folgezeit entwickelten sich ausgesprochene Korsakow-Symptome und diese beherrschten das Krankheitsbild bis zum Exitus, der nahezu 2 Mo-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nate nach der Aufnahme des Kranken eintrat. Ausserdem war jedoch auffällig, dass der Kranke im ganzen sehr euphorisch war und wenig Krankheitsgefühl hatte, auch über Kopfschmerzen wurde wenig geklagt. Erbrechen stellte sich nie ein. Von körperlichen Symptomen ist noch zu erwähnen, dass die Stirngegend beständig klopfempfindlich war, dass der Gang wesentlich schlechter wurde, sodass Patient beim Gehen und Stehen nach hinten zu fallen drohte. Das Sehvermögen erlosch unter Steigerung der Stauungserscheinungen an der Papille und fortschreitender Atrophie derselben nahezu vollkommen.

In den Bewegungen des Kranken wurde eine Tendenz zur Beibehaltung gegebener Stellungen sehr deutlich; der Muskeltonus war in der letzten Zeit am ganzen Körper erhöht.

Bei einer neuerdings vorgenommenen Prüfung der Schallleitung wurde dieselbe Differenz wie bei der ersten gefunden, doch schien sie schätzungsweise quantitativ deutlicher als bei der ersten Untersuchung, ausserdem war das Gebiet der Differenz ausgedehnter als früher. Die Schallleitung war über der Stirngegend im Allgemeinen ziemlich schlecht, in der Temporalgegend jedoch auffällig gut und zwar in diesem Gebiete rechts besser als links.

Auf Grund der klinischen Symptome wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Stirnhirntumors gemacht und zu klinischen Zwecken durch Herrn Dr. Pfeifer mehrere Probepunctionen dieses Gebietes vorgenommen. Die mikroskopische Untersuchung des gewonnenen Materials liess das Vorhandensein eines Tumors bezüglich des rechten Stirnhirns ausschliessen und für das linke mit sehr viel Wahrscheinlichkeit. In dem Material aus dem Letzteren musste das Vorhandensein krümeliger, schlecht bestimmbarer Massen und Pigment Zweifel über den histologischen Befund übrig lassen, doch wurde nichts gefunden, was für einen Tumor sprach.

Da auf diese Weise ein Stirnhirntumor mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden musste, die klinischen Symptome jedoch keine weiteren brauchbaren Localzeichen gaben, wurde die Richtigkeit der Tumordiagnose überhaupt zweifelhaft und die Möglichkeit von Cysticerken im Gehirne kam zur Erwägung. Diese Annahme gewann einige Bestätigung darin, dass Patient als Schlächter viel rohes Fleisch gegessen hatte, dass somit bei ihm eine gehäufte Möglichkeit zur Acquisition von Cysticerken bestand. Auf die hintere Schädelgrube als die Prädilectionsstelle für die Ansiedelung von Cysticerken konnte nach Ausschluss des Stirnhirns als Sitz eines Tumors auch einiges von den klinischen Symptomen bezogen werden. Allerdings fehlte in dem Krankheitsbilde eine Reihe von Erscheinungen, die bei Cysticerken gefunden werden, wie z. B. der auffällige Wechsel der Symptome.

Acht Tage vor dem Exitus wurde abermals eine genaue Prüfung der Schallleitung und Percussionsverhältnisse vorgenommen. Ueber der Stirngegend nahe der Mittellinie rechterseits fand sich kürzerer Percussionsschall. Der Stimmgabelton wurde bei dieser Prüfung entgegen dem früheren Befunde rechts etwas besser gehört als links und zwar auch hier nur im vordersten Stirnantheile nahe der Medianlinie. Die Differenz war so gering, dass sie im Allgemeinen als nicht charakteristisch, im Rahmen des Normalen liegend bezeichnet

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden musste. Bei der zweiten Position war der Unterschied wesentlich deutlicher, so dass er nicht hätte übergangen werden dürfen. Er bestand in demselben Sinne, war jedoch auch über dem Schläfenantheil, über dem Jochbein und über der Fossa canina zu erhalten.

Unter steter Zunahme schwerer Allgemeinsymptome, Benommenheit und Verschlechterung der Herzaction erfolgte am 16. März 1906 der Exitus.

Aus dem Obductionsbefunde ist in Kürze Folgendes zu berichten: Bei Eröffnung der Dura spinalis entleerte sich unter grossem Druck eine verhältnissmässig beträchtliche Menge Cerebrospinalflüssigkeit und schwemmte eine Anzahl verschieden grosser Cysticerken mit heraus. Die Dura des Gehirns war mit dem Cranium nicht auffällig verwachsen, das Cranium selbst zeigte bei durchfallendem Lichte keine Verschiedenheit der Knochendicke zwischen rechts und links, insbesondere auch nicht über dem Stirnantheil. Umschriebene Verdickungen der Dura waren nicht vorhanden, auch war sie nirgends mit den weichen Hirnhäuten verwachsen. Bei der Herausnahme des Gehirnes fanden sich im Gebiete der hinteren Schädelgrube einige freie und eine grosse Anzahl an die weichen Hirnhäute fixirter Cysticerken, welche auch die Medulla oblongata besonders in ihrem vorderen Antheile ganz umschlossen. Im oberen Drittel der vorderen Centralwindung und am hinteren Ende der zweiten Stirnwindung linkerseits sassen 2 verkalkte, ungefähr linsengrosse Cysticerken. Bei einem Durchschnitte in frontaler Richtung durch die Präcentralgegend beider Hemisphären wiesen die Ventrikel eine erhebliche Differenz ihrer Grösse auf. Der rechte Ventrikel war im Vergleich zum linken bedeutend kleiner, wenn auch beide als erweitert bezeichnet werden mussten. Das Ependym der Ventrikel war beträchtlich verdickt und fühlte sich rauh an. Bei der Eröffnung der Ventrikel entleerte sich aus dem rechten etwa ein haselnussgrosser Cysticerkus.

Zusammenfassung. Epileptiforme Krampfanfälle bei einem sonst gesunden Manne vom 18. bis zum 28. Lebensjahre, eine Ursache dafür nicht auffindbar. Im Anschlusse an eine Verletzung an der Stirne und Nasenwurzel, 7 Monate vor der Aufnahme, eine Zeit lang continuirliche Stirnkopfschmerzen, dann wieder allgemeines Wohlbefinden. $^1/_4$ Jahr vor der Aufnahme Anfälle von allgemeiner Schwäche und Schwindel, zeitweilig vollkommene Ohnmacht; später Häufung dieser Anfälle mehrmals täglich und Abnahme des Sehvermögens. Klinisch: Stauungspapille mit Atrophie, Anosmie, Romberg, taumelnder Gang. Psychisch: Korsakow'scher Symptomencomplex. Physikalischer Befund am Schädel: Dämpfung des Percussionsschalles und Verkürzung der Schallleitung für den Stimmgabelton vorne über der Stirngegend, später Verschwinden dieser Erscheinung und Umkehr des Unterschiedes. Diagnose: Zunächst Stirnhirntumor, dann Cysticercosis? Obduction: Eine grössere Anzahl flottirender Cysticerken in der Cerebrospinalflüssigkeit und zahlreiche fixirte Cysticerken in der hinteren Schädelgrube, ausserdem zwei ganz alte verkalkte Cysticerken in der vorderen Centralwindung (Epilepsie vom 18. bis 28. Lebensjahre?). Der rechte Ventrikel wesentlich enger als der linke.

Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Wenn wir nun bei dem oben geschilderten Obductionsergebnisse nochmals den Befund der physikalischen Untersuchung des Schädels heranziehen: Verkürzung des Percussionsschalles und Verkürzung der Schallleitung über dem vorderen Antheil der rechten Stirngegend und am Ende der Beobachtung Verschwinden dieser Erscheinungen und andeutungsweise Umkehr der Differenz: rechts etwas besser als links, so erscheint es mir berechtigt, zur Erklärung das verschiedene Verhalten der Ventrikel heranzuziehen. Es wurden zum Vergleiche der Entfernungen des Ependyms bis zur Hirnoberfläche mittelst senkrechter Einstiche genaue Maasse von der Dicke der Hirnsubstanz im Stirnantheil gewonnen und ein beträchtlicher Unterschied in der Dicke des Gehirns gefunden. Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich diesen Unterschied in der Grösse der Ventrikel als die Ursache für die Differenz des Percussionsschalles und der Stärke des Stimmgabeltones anspreche. Das spätere Verschwinden der Differenz ist dadurch allerdings nicht erklärbar. Doch ist es möglich, dass abnorm starke Drucksteigerung im Cranium, die aus dem Verlauf der Erkrankung sehr wahrscheinlich ist, den Einfluss solcher Ventrikeldifferenzen auf die Schallleitungsverhältnisse einzelner Schädelgebiete wieder ausgleichen kann. Ob es gelingen kann, mittelst des Experimentes derartige Annahmen berechtigt erscheinen zu lassen, ist allerdings fraglich.

Fall XX.

M. Sch., Oberlehrersfrau, 48 Jahre, aufgenommen 29. Juli 1905, Nervenklinik Graz. Beginn der gegenwärtigen Erkrankung im Herbst 1904. Es stellte sich Schwäche der Beine, vor allem im rechten und allgemeines unbestimmtes Krankheitsgefühl ein. Sehr bald traten Kopfschmerzen auf, die sich zeitweilig hochgradig steigerten und ab und zu von Erbrechen begleitet waren; sie wurden in der Stirngegend localisirt. Patientin wurde bettlägerig und veränderte sich bald sehr auffällig in ihrem ganzen Gebahren. Sie wurde vergesslich, kümmerte sich um ihr Hauswesen nicht und vernachlässigte sich körperlich auf das Schwerste. Die Stimmungslage sei einerseits depressiv gewesen, sie habe sehr viel ängstlich traurige Stimmung gezeigt, andererseits sei sie tagelang vollkommen stumpf und interesselos dagesessen. Mit geringen Schwankungen hielt sich das Krankheitsbild bis zur Aufnahme der Patientin in der geschilderten Form. In der letzten Zeit vor der Aufnahme steigerten sich die Kopfschmerzen und zeitweilig trat intensivstes präcordiales Angstgefühl auf, so dass Patientin immer gemeint habe, es sei ihr Ende da. In den letzten Wochen soll sie erheblich abgemagert sein. Krampfanfälle wurden während der ganzen Dauer der Erkrankung nicht beobachtet, von einem Kopftrauma ist nichts bekannt. Irgendwelche anamnestischen Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Cysticerken oder Echinokokken liessen sich nicht feststellen. Von früheren Erkrankungen ist nichts für die Entstehung der gegenwärtigen zu erwähnen. Patientin hat 8 Geburten durchgemacht, von denen die 6. und 7. als Abortus endigten. Seit etwa einem Jahre haben die Menses cessirt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Status: Patientin kommt in einem stark vernachlässigten körperlichen Zustande und in erheblichem allgemeinem Schwächezustand auf die Klinik.

Die Hautdecken sind blass, Panniculus adiposus und Muskulatur sind im Allgemeinen sichtlich reducirt.

Am Knochensystem ist nirgends etwas Pathologisches nachweisbar.

Das Cranium ist symmetrisch, die Venen in der linken Schläfegegend treten etwas deutlicher hervor als rechts, es besteht keine Percussionsempfindlichkeit des Schädels. Der Percussionsschall ist auf der ganzen linken Schädelseite deutlich kürzer als rechts, am deutlichsten über der Stirngegend. Ueber der Schläfeschuppe und über dem Jochbein gleicht sich der Unterschied wieder aus.

Die Auscultation des Stimmgabeltones lässt bei Pos. I erkennen, dass die Schallleitung nach der linken Seite hin deutlich besser ist, und zwar gilt dies im Allgemeinen für der ganze linke Schädelseite, besonders in ihrem oberen Antheil. Ueber der Stirngegend ist eine auffällig schlechte Schallleitung überhaupt, sowohl rechts als links. Der Unterschied zu Gunsten der linken Seite tritt hier kaum merklich auf, über der vordersten Stirngegend fehlt er vollkommen. Die Auscultation des Stimmfremitus lässt keine markante Differenz erkennen.

Wenn man dicht neben dem percutirenden Finger auscultirt, findet man einen minimalen Unterschied in der Qualität des Tones, der jedoch nicht gut charakterisirbar ist; im Allgemeinen ist der Schall links etwas lauter.

Augenbefund: Die linke Lidspalte ist eine Spur enger als die rechte, die Bulbi sind in allen Richtungen frei beweglich; es besteht keine Augenmuskelparese. Die Pupillen sind gleich, mittelweit und reagiren prompt auf Licht und Convergenz, die Conjunctivalreflexe sind erhalten. Die Conturen der Papilla nervi optici sind beiderseits verwaschen, die Arterien sehr enge, die Venen weiter und mässig geschlängelt, links besteht eine leichte Niveauerhebung. Von der oculistischen Klinik wurde eine beginnende Stauungspapille diagnosticirt. Das Gesichtsfeld ist beiderseits normal; das stereoskopische Sehen ebenso wie die Tiefenschätzung im Raume gut erhalten.

Der Geruch ist beiderseits hochgradig herabgesetzt, eine Erkrankung der Nasenschleimhaut besteht nicht.

Der Trigeminus ist sowohl in seinem sensiblen als motorischen Antheil normal, seine Austrittspunkte sind nicht druckschmerzhaft.

Eine merkliche Herabsetzung des Hörvermögens besteht nicht, der Weber'sche und Rinne'sche Versuch sind beiderseits normal.

Die Zunge weicht beim Vorstrecken eine Spur nach rechts, der Gaumen ist symmetrisch und wird bei Phonation gleichmässig gehoben, der Rachen- und Gaumenreflex sind prompt, die Geschmacksempfindungen sind nicht geschädigt.

Die Mimik ist im Ganzen ausdruckslos, doch nicht maskenartig; beide Gesichtshälften werden bei mimischer Reaction gleichmässig innervirt und die Ausdrucksbewegungen sind entsprechend dem Affectinhalt, nur sind sie weniger lebhaft als beim Normalen. Zwangslachen oder Zwangsweinen sowie krank-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hafte Persistenz von mimischen Reflexen bestehen nicht, Zähneknirschen, Kaubewegungen und ähnliches wurden nicht beobachtet. Der Schlingact ist gut möglich. Es besteht keine Rigidität der Nackenmuskeln.

Patientin liegt in passiver Rückenlage da und ist nicht im Stande, sich selbst aufzurichten oder beim Sitzen aufrecht zu erhalten. Die Bewegungen zeigen im Allgemeinen normalen Typus, nur geschehen sie äusserst langsam und mit sehr geringer Kraftleistung. Beim Versuche, sich aufzurichten, spannen sich die Recti abdominis beiderseits gleich, doch mit sehr geringem Tonus.

Wenn die Kranke aufgestellt wird, benutzt sie vorwiegend das linke Bein als Standbein, Rumpf und Kopf fallen stark nach vorne über, sie schwankt beträchtlich und droht, nach vorne überzufallen; noch stärker wird das Schwanken bei Augenschluss. Beim Gehen fällt eine hochgradige Hypotonie des rechten Beines auf, seine Gelenke werden stark überstreckt, es wird beim Gehen im Hüftgelenke nach vorne geschleudert und zeigt eine Parese, wie sie bei Hemiplegie beobachtet wird.

An den oberen Extremitäten besteht kein Unterschied in den Bewegungen zwischen links und rechts, keine Ataxie, kein nennenswerther Tremor. Die Sehnen- und Periostreflexe an den oberen Extremitäten sind beiderseits gleich und etwas lebhafter; an den unteren Extremitäten sind die Achillessehnenreflexe, Fusssohlenreflexe rechts sowie links, nur der Kniesehnenreflex ist rechts schwächer als links. Das rechte Bein zeigt beim Knie-Hackenverschluss deutliche Ataxie. Die Bauchhautreflexe sind nur spurweise auslösbar, rechts überhaupt nicht immer. Sensibilitätsstörungen bestehen in keiner Richtung.

Die Sprache ist monoton, langsam und etwas häsitirend, beim Nachsprechen complicirter Worte tritt eine leichte atactisch-paretische Sprachstörung auf.

Der Puls ist verlangsamt, verhältnissmässig voll und etwas stärker gespannt, durchschnittlich 60—66 in der Minute. Am Herzen, an den Lungen, sowie am Abdomen ist nichts Pathologisches nachweisbar.

Der Status psychicus zeigt kurz zusammengefasst sehr deutlich ausgesprochen den Korsakow'schen Symptomencomplex.

Während des Aufenthaltes der Patientin verschlechterte sich der Allgemeinzustand erheblich, es entwickelten sich die Symptome einer linksseitigen Pneumonie und Pleuritis und Patientin starb etwa 14 Tage nach ihrer Aufnahme, ohne dass sich in der späteren Zeit der Beobachtung noch weitere Krankheitsherde gezeigt hätten.

Auf Grund der vorstehenden Symptome wurde ein Tumor angenommen, und zwar mit dem Sitze im Stirnhirn, vielleicht beiderseits, doch wahrscheinlich links mehr als rechts.

Die Obduction wurde im pathologischen Institut vorgenommen, und ich kann aus dem Sectionsprotokolle Folgendes mittheilen: Die Pia des Rückenmarkes ist ödematös, mässig blutreich und die Substanz des Rückenmarkes normal aussehend, nur in der Halsgegend etwas weicher. Das Schädeldach ist sehr dick und compact, beim durchscheinenden Licht ist eine erhebliche Differenz der Dicke des Knochens zwischen links und rechts nicht zu finden,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Dura ist etwas verdickt und gespannt, längs des Sinus longitudinalis wölbt sie sie sich linkerseits etwas mehr vor. Die Pia an der Convexität ist zart, gespannt, mässig blutreich, die Gyri etwas platt, die Sulci leicht verstrichen, die Hirnsubstanz ist weich, zart; die Ventrikel mässig weit, der Plexus choroideus rechts cystisch verändert. Sonst ist makroskopisch an dem Hirne keine Veränderung nachweisbar.

Von dem übrigen Obductionsbefund ist zu erwähnen, dass sich in der linken Lungenspitze ein veralteter tuberculöser Process fand, der von vereinzelten Geschwulstknötchen durchsetzt war; ähnliche Knoten finden sich in der Pleura costarum und am Zwerchfell derselben Seite. In der 6. und 9. Rippe linkerseits sind an umschriebener Stelle gleichfalls Geschwulstmetastasen und ebenso in der linken Nebenniere und in der Leber. Im Cervix uteri wurde das primäre sehr wenig volumreiche Carcinom gefunden. Die Diagnose lautete: Carcinoma cervicis uteri, metastasis in hepar, glandulam supraren., pleuram et pulm. sin.

Nach dem vorstehenden Obductionsbefunde konnte die klinische Diagnose keine Bestätigung finden und die Beobachtungen am Krankenbette wurden nur zum Theile aufgeklärt. So kann der Korsakow'sche Symptomencomplex als Folge einer langdauernden Intoxication durch die vielfachen Carcinommetastasen seine Erklärung finden. Die beginnende Stauungspapille jedoch, die schwere beiderseitige Rumpfmuskelparese und die Parese des rechten Beines blieben unaufgeklärt. Eine Enucleation der Bulbi zum Zwecke der Bestätigung oder Controlle der Neuritis optica wurde leider nicht vorgenommen. Die genaue histologische Untersuchung des Gehirnes und Rückenmarkes konnte ich noch nicht durchführen, doch soll dies später geschehen.

Die Differenzen der Schallleitungsfähigkeit im Bereiche der Schädelknochen konnten anatomisch auch nicht erklärt werden. Sie waren allerdings nicht sehr erheblich, doch schienen sie bei der Berücksichtigung des allgemeinen klinischen Bildes nicht übergangen werden zu dürfen. Bei der nachträglichen Uebersicht über den Fall müssen sie wohl als zufällige Schallleitungsdifferenzen des Schädels zurückgewiesen werden. Der Irrthum in der Diagnose erklärt sich aus unseren im Allgemeinen noch nicht genügenden Kenntnissen, aus dem Unvermögen, allen hirndiagnostischen Anforderungen zu entsprechen, was bekanntermaassen auch in anderen Fällen zu ähnlichen Fehlschlüssen geführt hat. Der Befund der Schallleitung hat in diesem Falle durch Zusammentreffen unbekannter, besonders ungünstiger Umstände zu einer Bekräftigung der Fehldiagnose geführt.

Zusammenfassung: Bei einer früher im wesentlichen gesunden 48jährigen Frau entwickelte sich unter heftigen Kopfschmerzen und zeitweiligem Erbrechen ein hochgradiger allgemeiner Schwächezustand. Von körperlichen Symptomen fand sich beginnende Stauungspapille, links mehr als rechts, Herabsetzung des Geruchsvermögens beiderseits, Parese der Rumpfmuskeln und des rechten Beines. Psychisch: Anfänglich Charakterveränderungen und dann typischer Korsakow'scher Symptomencomplex. Physikalischer Befund am Schädel: Verkürzung des Percussionsschalles über der linken Schädel-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seite, besonders der Stirngegend; Stimmgabelton lauter über der linken Seite, auffällig schlechte Schallleitung über der Stirngegend und Verschwinden des Unterschiedes. Diagnose klinisch: Stirnhirntumor. Obduction: Primäres kleines Cercixcarcinom, Metastasen in verschiedenen Organen des Körpers, am Gehirne makroskopisch nichts nachweisbar. Fehldiagnose.

Fall XXI.

Emil O., 35 Jahre alt, Fabrikarbeiter, aufgenommen am 5. Februar 1906 in die Nervenklinik zu Halle.

Durch Sturz von einer Leiter zog sich Patient am 16. Juli 1903 eine Fractur der Schädelbasis und des linken Schlüsselbeines zu. Die erstere wurde diagnosticirt aus einem Risse des linken Trommelfelles mit nachfolgender Blutung und späterer Eiterung aus dem verletzten Ohre und aus einer gleichseitigen Facialisparese. Unter entsprechender Behandlung heilte die Eiterung im Ohre, die Facialisparese war bei der Untersuchung noch in geringerem Grade vorhanden. Von subjectiven Beschwerden wurden von dem Kranken leichtere Kopfschmerzen und Steigerung derselben bei Arbeiten in grosser Hitze angegeben. Bei grösserer Intensität der Schmerzen soll Schwindelgefühl als Begleitsymptom aufgetreten sein. Im übrigen will der Kranke stets gesund gewesen sein; anderweitige Kopfverletzungen hat er nie erlitten.

Status: Der Untersuchte ist etwas unter mittelgross, zeigt guten Ernährungszustand, Haltung, Gang und Körperbewegungen sind normal. An der Haut und am Knochenapparate ist bis auf eine Callusnarbe am linken Schlüsselbein nichts Bemerkenswerthes. Der Schädel ist durchaus symmetrisch, das Beklopfen desselben ist nirgends schmerzhaft, der Percussionsschall ist auf beiden Schädelseiten gleich, nur am Jochbogenfortsatze des Schläfenbeines, dicht vor dem äusseren Gehörgang, findet sich linkerseits eine Verkürzung des Percussionstones.

Die Auscultation der Stimmgabel zeigt über derselben Stelle eine deutliche Differenz zu Gunsten der linken Seite und zwar an engumschriebener Stelle.

Die Untersuchung der Augen einschliesslich des Augenhintergrundes und des Gesichtsfeldes bleibt ohne pathologischen Befund; das Geruchsvermögen ist beiderseits gleich.

Der linke Facialis ist in allen 3 Aesten leicht paretisch; die elektrische Untersuchung ergiebt eine geringe quantitative Herabsetzung der Erregbarkeit in allen 3 Facialisästen.

Das linke Trommelfell ist leicht verdickt und lässt eine zarte lineare Narbe erkennen. Das rechte Trommelfell ist etwas stärker verdickt und weist gleichfalls eine Narbe diffuser Art auf. Patient giebt nachträglich an, dass er als Kind rechterseits eine Mittelohreiterung gehabt habe und dass die Narbe dieser Seite auf diese Erkrankung zurückzuführen sei. Er erinnere sich auch, dass der Arzt damals eine Perforation des Trommelfelles festgestellt habe.

Sonst ist an den Hirnnerven überall normales Verhalten zu constatiren;

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch die übrige Körperuntersuchung fällt im Wesentlichen negativ aus, kann daher der Kürze halber übergangen werden.

Zusammenfassung: Nach vollkommener Verheilung einer Fractur durch die linke Felsenbeinpyramide fand sich nahezu 2 Jahre nach der Verletzung an umschriebener Stelle dicht vor dem äusseren Gehörgang, am Jochbogenfortsatze des Schläfebeins, eine leichte Verkürzung des Percussionsschalles und ein deutlich lauterer Stimmgabelton an derselben Stelle. Ich glaube, diesen Befund in der Veränderung der Schallleitungsfähigkeit in ursächlichem Zusammenhang mit der Veränderung der Structurverhältnisse in der Pyramide durch die Fracturnarbe bringen zu müssen. Als Vergleich zu diesem Befunde können Okunew's Ergebnisse herangezogen werden, der bei Sclerosirung des Knochens gleichfalls Verbesserung der Schallleitung auf der betreffenden Seite fand.

IV. Ergebnisse.

Auf Grund der Befunde der beschriebenen Fälle, die zum grössten Theil einer Controlle der pathologischen Veränderungen durch die Operation oder Obduction erfuhren, komme ich zu dem Schluss, dass bei entsprechender Uebung in der Untersuchung und Vorsicht in der Interpretation des Befundes sowohl der positive Ausfall der Untersuchung, nämlich das Vorhandensein von Differenzen, als auch das Fehlen derselben diagnostisch verwerthbar sind. Der Uebersicht halber fasse ich nochmals sämmtliche Fälle nachfoldend zum Vergleiche des physikalischen Befundes zusammen. Es ergiebt sich daraus, dass Erkrankungen des Craniums, der Dura und der oberflächlichen Hirnpartien stets Unterschiede in der Schallleitung hervorrufen; und ich kann aus meiner Erfahrung sagen, dass bei einiger Uebung ein oberflächlicher Herd der Schallleitungsuntersuchung nicht entgehen kann.

Fall 1. Periostitis luetica, diffus an der rechten Seite des Craniums ohne sichtbare Schwellung. — Percussionston nicht different, heftige Schmerzen bei Percussion. — Auscultation des Stimmgabeltones: Deutliche Herabsetzung der Schallintensität über dem erkrankten Gebiete. — Unter antiluetischer Behandlung Heilung und Einengung, sowie Herabsetzung der Schallleitungsdifferenz.

Fall 2. Tumor cranii in der Nähe der Tub. pariet. dext. — Percussionston sonorer über der erkrankten Stelle, Percussion sehr schmerzhaft. — Auscultation des Stimmgabeltones: Ton über dem Tumor wesentlich besser, sonst auf derselben Seite im Allgemeinen schlechter. — Operation: Gumma cranii in den oberflächlichen Schichten, die Externa und äussere Schicht der Spongiosa verändert.

Fall 3. Tiefe Narbe mit Knochenspalt nach Verletzung in der rechten Scheitelgegend; epileptische Anfälle mit Herdsymptomen. — Percussion in der Gegend der Narbe kürzer. — Auscultation des Stimmgabeltones: Ton

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in der Tiefe der Narbe und weniger in ihrer Umgebung besser. — Operation: Verwachsung der äusseren Schädeldecken mit den Knochenrändern und mit der Dura, die ihrerseits mit der Pia verwachsen war.

Fall 4. Tiefere Narbe mit grösserem Knochenspalt in der linken vorderen Stirngegend, gehäufte epileptische Anfälle mit Herdsymptomen. — Percussion wesentlich sonorer über der ganzen linken Seite, besonders in der Gegend der Narbe und über dem Knochendefect. — Auscultation des Stimmgabeltones: Wesentlich lauterer Ton, besonders in der Tiefe der Narbe, an umschriebener Stelle; am äusseren Knochenrand der Narbe Umkehr, l. < r.— Obduction: Aeussere Schädeldecken mit den Knochenrändern und Dura verwachsen, letztere mit Pia und Gehirn. Ventrikelwand bis nahe an den Defect ausgezogen, der äussere Knochenrand an der Narbe hochgradig verdickt; daher Umkehr der Tonstärke.

Fall 5. Narbe in der linken Scheitelgegend. Haut fest mit dem Knochen verwachsen, im letzteren kein Spalt, er zeigt nur eine flache Impression; epileptische Anfälle. Nach der Operation: Knochendefect in der linken Scheitelgegend. — Percussion über der Narbe und der Impression verkürzt (sonst im vorderen Antheil sonorer). Stimmfremitus nicht different. — Auscultation des Stimmgabeltones: Ton auffällig leise über der Narbe und der Impression, vorne über der Stirne auf derselben Seite lauter. Später: Ton umgekehrt als vor der Operation, nunmehr über dem Knochendefect an umschriebener Stelle sehr laut. — Operation: Hochgradige Verdichtung des Knochens im Gebiet der Impression, Dura unverändert, mit dem Knochen nicht verwachsen.

Fall 6. Thalergrosser Knochendefect in der rechten Stirngegend hinter Tub. front. Epileptische Krampfanfälle und Dämmerzustände. — Percussionston sonorer über der ganzen rechten Schädelseite und besonders in der Gegend der Narbe. — Auscultation des Stimmgabeltones: Ton in der Umgebung der Narbe wesentlich besser, am deutlichsten an der dünnsten Stelle der Narbe.

Fall 7. Grosser Knochendefect nach Trepanation in der Gegend des linken Kleinhirns, Vorwölbung des Schädelinhaltes, Kleinhirnataxie. — Percussionsschall über der linken Schädelseite sonorer. — Auscultation des Stimmgabeltones: Ton über dem grossen Defect und an dessen Rändern viel lauter. In der Mitte des Craniums oben keine Differenz, über der Schläfeschuppe und Jochbein, links schlechter als rechts, im Stirnbereich wieder links besser als rechts.

Fall 8. Grosse halbkugelige, luetische Exostose in der linken Parietalgegend, vorwiegend motorische Hemiparese der rechten Körperseite. Jackson-epileptische Anfälle. — Dumpfer tiefer Percussionston über dem Tumor. — Auscultation des Stimmgabeltones: Ton über der Geschwulst trotz deren Derbheit und Grösse besser. — Operation: Gut 2 cm dicker, vorwiegend knöcherner luetischer Tumor, manschettenknopfartig, unten mit der Dura fest verwachsen.

Fall 9. Fractur des Schädels durch das linke Felsenbein und Impression im vorderen Antheil der Schläfenschuppe. Meningitische Symptome und Eiter aus dem linken Ohr; später aphasische Erscheinungen. — Percus-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sionston sonorer über der linken Schläfeseite und Jochbogen, doch auch über der ganzen linken Schädelseite. — Auscultation des Stimmgabeltones: Ton lauter über der linken Schädelseite, besonders über der leichten Impression und an der vorderen linken Schläfeschuppe, unter der Impression und über dem Jochbogenansatze links schlechter als rechts.

Fall **10.** Ohne bekannte Veranlassung nach vorhergegangener Desorientirtheit und allgemeiner Erregung tiefe Benommenheit, leichte Parese der linken Körperseite. Diagnose: subdurales Hämatom. — Percussion in der Gegend des Fusses der zweiten rechten Stirnwindung und der vorderen Centralwindung kürzer als links. — Auscultation des Stimmgabeltones: In demselben Gebiete, doch etwas weiter nach oben und nach hinten bis über die Gegend der hinteren Centralwindung reichend lauter als links. — Trepanation mit dem Centrum über dem Fusse der zweiten Stirnwindung: flaches, subdurales Hämatom über das Operationsfeld nach hinten reichend.

Obduction: Ausdehnung eines subduralen Hämatoms genau übereinstimmend mit dem Gebiete der besseren Schallleitung, darunter eine Blutung in der Pia.

Fall **11.** Jackson-epilept. Krampfanfälle bei einem luetisch Inficirten, die auf die Gegend des Armcentrums in der linken Hemisphäre verwiesen. — Ueber der ganzen linken Schädelseite etwas sonorer Schall, doch nirgends eine engumschriebene Stelle von Percussionsdifferenz. — Auscultation des Stimmgabeltones: Ton an umschriebener Stelle der linken Schädelseite, die der Lage nach dem Armcentrum entspricht; auffällig bessere Schallleitung. — Heilung unter antiluetischer Therapie. Der Unterschied des Stimmgabeltones blieb erhalten, doch weniger auffällig.

Fall **12.** Jackson-epilept. Anfälle, linksseitige Hemiplegie mit Tastlähmung. Stauungspapille.

Diagnose: Tumor der rechten Parietalregion. — Percussionston über der rechten Schädelseite und besonders in der Gegend der Prot. pariet. dext. kürzer, lebhaft schmerzhafte Percussion an dieser Stelle. — Auscultation des Stimmgabeltones: Ton im Allgemeinen rechterseits leiser, doch an umschriebener Stelle der Parietalgegend ca. 4 cm im Umkreise auffällig schlecht. — Obduction: Verdickung der Dura, die mit dem Knochen nicht verwachsen ist, in der Parietalgegend; darunter ein Tumor, der in die Hirnsubstanz hineinwächst, topographische Lage genau der Stelle der Tonverkürzung entsprechend.

Fall **13.** Stauungspapille, Hemianopsie nach links. Tastparese der linken oberen Extremitäten. Tumor des Occipitallappens. — Percussionston in der Gegend des rechten Occipitallappens kürzer, ebenso über der rechten Stirn. — Auscultation des Stimmgabeltones: Ton rechts in derselben Gegend leiser an umschriebener Stelle, ausserdem auch über der rechten Stirngegend leiser. — Operation: Sarkom im Occipitalhirn genau dem Sitze der Schallverkürzung entsprechend. Dura und Knochen vollkommen frei.

Fall **14.** Tumor nervi acust. dext. — Percussionston über der Scheitel- und Schläfegegend der rechten Seite kürzer und höher. — Auscultation des Stimmgabeltones: Ton rechts in der Schläfegegend leiser, be-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sonders an umschriebener Stelle am Ansatze des Jochbogens und über dem äusseren Gehörgang. — Obduction: Apfelgrosser Tumor Nervi acustici, Schädelwandungen nicht different in der Dicke.

Fall 15. Tumor nervi acustici sinistri? — Percussionston in der hinteren unteren Scheitelgegend etwas sonor. — Auscultation des Stimmgabeltones: Ton über der ganzen linken Schädelseite lauter, doch an umschriebener Stelle in der hinteren unteren Schläfegegend links wesentlich besser. — Ungeheilt entlassen.

Fall 16. Allgemeinerscheinungen eines Tumors. Localisation schwankend zwischen Stirnhirntumor und Tumor des Kleinhirns. — Percussionston ohne Schalldifferenz zwischen links und rechts. — Auscultation des Stimmgabeltones: Keine Differenz in der Intensität des Stimmgabeltones. — Obduction: Cysticerken besonders in der hinteren Schädelgrube. Fehldiagnose.

Fall 17. Stauungspapille, r. motorische Hemiplegie, Bradyphasie, Tumor im Marklager links. Stirnlappen? Schläfelappen? — Sonorer Percussionston über einer flachen Impression des Craniums der linken Stirngegend. — Auscultation des Stimmgabeltones: Verschlechterung des Tones über der flachen Impression der Stirngegend ebenso eine Zone der Herabsetzung in der hinteren Schläfescheitelgegend gegen die Basis zu. — Obduction: Grosses Neurogliom mit centraler Blutung und Erweichung im Marklager der hinteren Schläfegegend, der Zone der hinteren Schalldämpfung entsprechend; letztere klinisch nicht entsprechend bewerthet.

Fall 18. Stauungspapille, starke allgemeine Hirndrucksymptome, leichte Tastparese und Parästhesien der linken Körperseite, Cyste der rechten Parietalgegend. — Percussionston leicht gedämpft an der rechten unteren Schläfenseite, schmerzhaft in der Parietalregion. — Auscultation des Stimmgabeltones: Ton rechts etwa dem oberen Ohrrande entsprechend und nach vorne davon kürzer. — Operationsbefund: Ueber hühnereigrosse Cyste der rechten Parietalregion. Durch Pfeifer's Punction die Cyste nachgewiesen, gleichzeitig Compression des rechten Ventrikels erschlossen. Klinische Interpretation der Schallverkürzung falsch.

Fall 19. Stauungspapille, keine sicheren Herdsymptome. Klinische Diagnose schwankend zwischen Stirnhirntumor und Cysticercus. — Percussion über der rechten Stirngegend kürzer. — Auscultation des Stimmgabeltones: Schallintensität über der rechten Stirngegend etwas kürzer. — Obduction: Cysticercosis cerebri, rechter Seitenventrikel erheblich enger als der linke. Klinische Interpretation der Tonverkürzung falsch.

Fall 20. Neuritis optica. Allgemeinsymptome von Hirntumor, Korsakow'scher Symptomencomplex, Stirnhirntumor? — Auscultation des Stimmgabeltones: Auffällig leiser Ton über der ganzen Stirngegend, linkerseits etwas besser als rechts. — Obduction: Cranium sehr dick. Keine groben anatomischen Veränderungen am Gehirn, multiple Carcinommetastasen eines kleinen Cervixcarcinoms. Klinische Fehldiagnose. Schalldifferenz unaufgeklärt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unter den mitgetheilten Fällen fand sich ein Lauterwerden des Tones, erstens bei Auflockerung der Substanz des knöchernen Schädels durch Tumoren in demselben (Fall 2, 8), (in letzterem war die Differenz gering, der Tumor hatte eine Dicke von mehr als $2^1/_2$ cm, war jedoch mit der Dura verwachsen, und besonders diesem letzteren Umstande schreibe ich neben der Auflockerung des Knochens die Verbesserung der Schallleitung zu), zweitens bei Knochendefect des Craniums (Fall 3, 4, 6 und 7). Drittens in einem Fall von subduralem Hämatom, wo die Schalldifferenz den einzigen genauen Anhaltspunkt für den Sitz abgab, da der Kranke schwer benommen war und die undeutlichen Herdsymptome auf ein Gebiet weiter vorne von dem Hauptsitze des Hämatoms verwiesen (Fall 10); schliesslich viertens in einem Fall von Gumma in der Dura und Rinde, der motorischen Region (wahrscheinlich mit gleichzeitiger stärkerer Verlöthung zwischen Dura und Cranium, Fall 11). Ein Leiserwerden des Stimmgabeltones ergab sich erstens bei Fall 1 (Periostitis luetica der Schläfegegend ohne eigentliche stärkere Schwellung), zweitens bei Fall 5 (umschriebene Knochenimpression der Parietalgegend mit Verdichtung des Knochens an dieser Stelle ohne pathologische Veränderungen der Dura daselbst). Hierher gehört auch, was die Knochenimpression betrifft, Fall 17; drittens Fall 9 (Schädelfractur mit nachfolgender Blutung und wahrscheinlicher umschriebener Meningitis mit Uebergang in Heilung, und in zwei Fällen von Tumor in den oberflächlichen Hirnpartien (Fall 12 und Fall 13). In dem ersten von diesen beiden sass der Tumor in der Parietalregion und die Dura war durch Uebergreifen des Tumors innig mit der Hirnsubstanz verwachsen; in letzterem Falle war der Sitz des Tumors an der Convexität des Occipitallappens, die Dura war unverändert. In beiden Fällen ist es wichtig, zu betonen, dass die Dura mit dem Cranium nicht verwachsen war, weil sonst nach meiner Erfahrung eine Verbesserung der Schallleitung nach der Seite des Herdes hätte auftreten müssen. Die Schallleitung war weiter verkürzt in den Fällen 14, 17, 18, 19. Fall 14, ein Acusticustumor, zeigte dicht vor und oberhalb des äusseren Gehörganges an der Seite, wo der Tumor sass, eine umschriebene Herabsetzung der Tonstärke. In ähnlicher Gegend nur weniger umschrieben, besonders stark nach vorne zu reichend, fand sich bei Fall 18 (Cyste des Parietalhirns) eine Verkürzung der Schallleitung. Bei diesem Falle machte die Cyste keine Differenz in der Schallleitung, sondern diese musste auf eine starke Compression des gleichseitigen Ventrikels zurückgeführt werden. Im Falle 17 muss die Verkürzung der Schallleitung in der hinteren linken Schläfegegend auf

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den in der Tiefe des Marklagers sitzenden grossen Tumor bezogen werden und im Falle 19 auf eine Ventrikeldifferenz (Verkürzung über dem relativ engeren Vorderhorn des rechten Seitenventrikels). Fall 15 musste klinisch als Acusticustumor angesprochen werden. Es fand sich jedoch im Gegensatz zu Fall 14, der durch die Obduction bestätigt wurde, nicht eine Verkürzung, sondern eine Verbesserung der Schallleitung in der Gegend vor und oberhalb des äusseren Gehörganges auf der Seite des Tumors. Eine Aufklärung des Befundes durch Autopsie konnte nicht geschehen, weil die Patientin das Krankenhaus verliess. Die Verwerthung des Falles kann also nur mit grosser Reserve geschehen.

Da ich mich im Laufe der Untersuchungen erst in die richtige Interpretation der mittelst Schallleitung gewonnenen Differenzen hineinarbeiten musste, indem ich die Erfahrungen aus den ersten Fällen für die Deutung der Befunde in den späteren verwerthete, liessen sich Fehldiagnosen durch falsche Erklärung der vorhandenen Schalldifferenzen nicht vermeiden. Durch solche falschen Schlüsse in der Bewerthung von Tondifferenzen wurden in folgenden Fällen Fehldiagnosen gemacht: im Falle 17, 19 und 20. Bei Fall 17 sass ein ausgebreitetes Gliom in der Tiefe des Marklagers, vorwiegend in seinem hinteren Antheile. Klinisch sprach Manches dafür, dass der Tumor vor der motorischen Region sitze. Allerdings wurde auch der eigentliche Sitz des Tumors diagnostisch in Frage gezogen. Ueber einer flachen Impression des hinteren Stirnantheils fand sich eine wesentliche Verschlechterung der Tonstärke, die irrthümlicherweise nicht auf diese Skoliose des Craniums, sondern, da die Stelle mit dem muthmaasslichen Sitze des Tumors sehr wohl übereinstimmte, auf diesen bezogen wurde. Ausser dieser Zone von Schallverkürzung fand sich jedoch auch im hinteren Schläfenabschnitte derselben Seite nahe der Basis eine Partie schlechterer Schallleitung. Sie wurde aber bei der klinischen Untersuchung durch Mangel an unvoreingenommener Beobachtung in Folge der zu sehr fixirten Annahme, dass der Tumor vor der motorischen Region sässe, nicht genügend beachtet. Bei der Obduction stellte sich heraus, dass diese zweite Schallverkürzungszone mit dem Sitze des Tumors vollkommen übereinstimmte. Wäre in diesem Falle die Dämpfung im vorderen Schädelantheile richtigerweise auf die Skoliose bezogen worden, so hätte nothgedrungen die zweite Stelle der Schallverkürzung mehr Bewerthung gefunden und der Sitz des Tumors wäre wahrscheinlich an die richtige Stelle verlegt worden. Das Ergebniss der Schalluntersuchung als solcher ist also in diesem Falle eigentlich ein vollkommen befriedigendes, denn beide Stellen von Schalldämpfung konnten bei der Obduction voll-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kommen aufgeklärt werden und beide Stellen entgingen der Untersuchung mittelst Schallprüfung nicht.

Im Falle 19 wurde eine Differenz in der Schallleitung über der Stirngegend sowie hochgradige Herabsetzung der Schallintensität über dem ganzen vorderen Schädelantheile mit dem muthmaasslichen Sitze eines Stirnhirntumors in Beziehung gebracht. Die Obduction ergab ein dickes Cranium und eine beträchtliche Differenz in der Ventrikelweite; auf der Seite des leiseren Stimmgabeltones war der Ventrikel enger. Es ist anzunehmen, dass in diesem Falle die Ventrikeldifferenz die Ursache für den Unterschied in der Schallleitung abgab. Der Fall klärte sich im übrigen als Cysticercosis cerebri auf. Bei dieser Erklärung der Schalldifferenz kann ich, wie auch schon in der Mittheilung des Falles selbst, darauf hinweisen, dass der Percussionston bekanntermaassen über ausgedehnten Seitenventrikeln deutlich sonorer wird; dasselbe gilt im Allgemeinen für die Auscultation (Verstärkung der Tonintensität). Bei dieser Thatsache ist auch für die Umkehr dieser Verhältnisse der Schluss gerechtfertigt, dass der Percussionston über einem engeren Ventrikel kürzer wird und ebenso der fortgeleitete Stimmgabelton leiser. Eine Bestätigung dieser Annahme finden wir in dem Falle 18, wo der Ton über dem durch eine grosse Cyste comprimirten rechten Seiten- und Unterhorn deutlich verkürzt war. Daraus ergiebt sich, dass auch für Fall 19 der Analogieschluss gerechtfertigt ist, nämlich, dass auch hier der Schallunterschied auf die deutliche Ventrikeldifferenz zurückgeführt wird.

Im letzten Falle schliesslich wurde gleichfalls eine geringe Differenz im Stirnhirngebiete falsch bewerthet. Eine Aufklärung konnte durch die Obduction nicht gefunden werden. Es ist dies Fall 20, wo die klinische Diagnose überhaupt falsch war; auf Grund von Neuritis optica, allgemeinen Hirndruckerscheinungen und Korsakowsymptomen war ein Stirnhirntumor angenommen worden. Bei der Obduction fand sich jedoch das Gehirn grob anatomisch unverändert, während sonst im Körper vielfache Carcinommetastasen gefunden wurden, die von einem kleinen Cervixcarcinom ausgingen.

Es ist mir wiederholt aufgefallen, dass bei verschiedenen Fällen der Ton über dem vorderen Schädelantheile, also über der Stirn, beiderseits wesentlich schlechter war als sonst am Schädel, und ich möchte für künftige Untersuchungen Anderer zur Verhütung von Irrthümern hervorheben, dass dieser Befund relativ häufig ist und seine Begründung wohl darin findet, dass erstens bei dickeren Schädeln die vorderen Partien des Craniums verhältnismässig besonders dick sind, zweitens, dass überdies in diesen Fällen das für den Schädel allgemein geltende

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

physikalische Gesetz besonders deutlich zum Ausdruck kommt, nämlich, dass der Ton, wenn die Stimmgabel auf der Scheitelhöhe steht, über der Stirngegend schwächer gehört wird als über den Seitentheilen des Schädels. Erstens kommt die grössere Entfernung in Frage und zweitens, wie schon erwähnt, die Dicke des Schädels. Aehnliches gilt übrigens auch für die Occipitalgegend über dem Kleinhirn bei der Position I. Diese Ergebnisse mahnen also zur Vorsicht bei der Bewerthung von Schallveränderungen über dem vorderen Schädelantheile.

Die Ergebnisse der Untersuchungen bei den mitgetheilten pathologischen Fällen sind kurz zusammengefasst folgende: Ein Lauterwerden des fortgepflanzten Stimmgabeltones findet sich überall da, wo das Cranium den Ton weniger dämpft. Sowohl die experimentellen Versuche, als die pathologischen Fälle zeigten, dass der Ton um so lauter gehört wird, je näher an der Dura resp. am Gehirne auscultirt wird. In pathologischen Fällen kommt dies zum Ausdruck bei inniger Verlöthung oder Verwachsung der Dura mit dem Cranium, bei Auflockerung der normalen Dichte des knöchernen Schädeldaches durch Tumoren und bei Verdünnung desselben. Eine Herabsetzung der Schallintensität wurde bewirkt durch gegentheilige Verhältnisse, also Verdickung des Craniums ohne gleichzeitige Verwachsung mit der Dura, gleichgültig, ob die Verdickung durch periostale Schwellung oder durch Verdickung des Knochens selbst zu Stande kam. Dasselbe gilt für gleichbleibende Dicke des Knochens unter blosser erheblicher Verdichtung desselben. Weiter bei Tumoren an der Hirnoberfläche ohne Usur oder Verdünnung des Knochens, sowie ohne Verwachsung von Dura und Schädel. Dann noch bei Verengung des Ventrikellumens, sowie bei Tumoren in der Tiefe des Marklagers. Der Schallunterschied war bei letzterem (es kam nur einer zur Beobachtung) nicht so grob wie bei oberflächlichen Veränderungen. Für diese Verhältnisse finden wir auch Analogien im Experiment an der Leiche. Ich erinnere an den Versuch, wo ein zwischen knöchernes Schädeldach und Dura vorgeschobenes Bleistückchen bei gleichzeitiger künstlicher Erhöhung des intracraniellen Druckes eine deutlich localisirte Schallverkürzung bewirkte, weiter an den Versuch, wo bei künstlichem Defecte des Craniums der Ton über dem Gehirne lauter gehört wurde, als über dem Knochen.

Bei Untersuchungen an Schädeln nach Kapselblutungen, die zu Hemiplegien geführt hatten, sowie bei alten porencephalischen Hemiplegien konnte ich keine Veränderung der Schallleitung nachweisen. Dass Cysten als solche sich nicht bemerkbar machen, wenigstens unter gewissen Umständen, beweist der beschriebene Fall 18. Bei Schädelfracturen erhielt ich in 2 Fällen deutliche Resultate. Es betrifft dies

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall 9 und einen weiteren Fall, dessen genaue Beobachtung ich leider nicht mittheilen kann, da die Krankengeschichte verloren gegangen ist; ich kann jedoch aus den erhaltenen Notizen über den Schallbefund berichten, dass eine beträchtliche Schalldifferenz bei dem schwerbenommenen Patienten zuerst den Sitz einer Fractur feststellen liess. Es ist natürlich nicht zu erwarten, dass Fissuren als solche zum Ausdruck kommen, wenn gleichzeitig andere gröbere Veränderungen, wie z. B. ein grösserer Knochendefect, wie in Fall 4, oder Blutungen und dergl., im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen. Ein reichlicheres Material von Schädelfracturen ist mir leider nicht zur Verfügung gestanden. Ueberdies sind derartige Fälle für das engere neurologische Interesse weniger wichtig.

Von grösserer Bedeutung sind jedoch Schädelnarben nach äusseren Verletzungen wegen ihrer ursächlichen Beziehung zu epileptischen Anfällen; und gerade bei solchen Narben ergiebt die genannte Auscultation, wie schon aus den mitgetheilten Fällen hervorgeht, sehr weitgehende diagnostische Anhaltspunkte. In allen Fällen, wo eine Verwachsung des Schädelinhaltes mit dem Narbengebiete vorlag, fand sich über der betreffenden Stelle ein deutliches Lauterwerden des Tones (Fall 3, 4) und umgekehrt bei der Verdichtung des Knochens ohne darunter liegende Verwachsung eine Dämpfung (Fall 5). Ich habe seit dem Abschlusse über die mitgetheilten Fälle noch Gelegenheit gehabt, einige Fälle von Defecten und tieferen Narben des knöchernen Schädeldaches zu untersuchen und kann das Lautwerden des Tones bei Verwachsungen mit Dura oder Gehirn als gesetzmässige Beobachtung aufstellen. Eine Ausnahme bilden nur sehr derbe keloidartige Narben oder kleinere derartige Partien von dünneren Narben.

Im Laufe der Untersuchungen dachte ich daran, auch die Schädelbasis vom Nasenrachenraum her mit den in Kreis der Beobachtungen zu ziehen, überzeugte mich jedoch bei einem Versuche, wo ich mit zwei entsprechend gebogenen, ähnlich einem Tubenkatheter gebauten Rohren an die Decke des Nasenrachenraumes vorging, dass die Kranken diese Untersuchung äusserst schwer ertragen. Auch bekam ich, seit ich diesen Plan gefasst hatte, keinen geeigneten Fall mehr zur Beobachtung. Ich will aber diesbezügliche Versuche noch nicht als vollkommen gescheitert bezeichnen, weil nicht auszuschliessen ist, dass bei entsprechendem Anästhesiren der Schleimhaut durch Cocaïn eine Untersuchung in der fraglichen Tiefe doch möglich ist, um vielleicht ganz brauchbare Resultate bei Basaltumoren zu liefern.

Ich komme noch kurz auf das Verhältniss des fortgeleiteten Stimmgabeltones zum Charakter des Percussionstones zu sprechen. Es gilt

Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

hier im Allgemeinen, dass einem sonoren Percussionston eine bessere Schallleitung entspricht, und umgekehrt einem kürzeren Percussionston eine Herabsetzung der Schallintensität. Es beweisen dies einerseits die Fälle 2, 4, 6, 7, 9, 11 und umgekehrt die Fälle 5, 12, 13, 14, 19, doch giebt es auch Ausnahmen, die mir gerade bemerkenswerth erscheinen. So in dem Falle von subduralem Hämatom (Fall 10), wo der Percussionston kürzer, die Schallintensität deutlicher war, und dann in den Fällen 3 und 8. Bei Fall 3 handelt es sich um eine tiefe Narbe mit sehr schmalem Knochenspalt in der rechten Scheitelgegend, im Falle 8 um einen Knochentumor in der linken Parietalregion. Percutorisch kam hier die Knochenverdickung in Form von Dämpfung zum Ausdruck, während die Verlöthung der Dura beide Male (im Fall 8 unter gleichzeitiger Auflockerung des Knochens trotz der verhältnissmässigen Dicke desselben) das Lauterwerden des Stimmgabeltones bedingte. Diese Fälle beweisen, dass es unter Umständen diagnostisch werthvoll ist, die Percussion mit der Auscultalion des fortgeleiteten Stimmgabeltones zu vergleichen. Bei der Auscultation des Stimmgabeltones kommen die Differenzen nach einiger Uebung des Untersuchenden meiner Erfahrung nach deutlicher zum Ausdrucke, als beim Beobachten von Differenzen im Charakter des Percussionstones. Dazu kommt noch, dass bei der Percussion viel weniger leicht engumschriebene Gebiete abgegrenzt werden können, als bei der Auscultation des Stimmgabeltones. Ich kann dafür die Fälle 3, 4, 10 anführen; im ersten Falle stimmte das durch die Auscultation begrenzte Gebiet genau mit der Ausbreitung des Hämatoms überein, während die Percussion den Herd etwas weiter nach vorne localisirte. Im Falle 3 deckte die Auscultation durch das Lauterwerden des Stimmgabeltones in der Tiefe der Narbe die Verwachsung mit der Dura auf und im Falle 4 durch Abschwächung der Tonstärke eine am äusseren Rande des Knochenspaltes localisirte beträchtliche Knochenverdickung, während die Percussion im Fall 4 nur die Hauptsache, das stärkere Schwingen des Knochens, als sonoren Ton zum Ausdruck brachte. Es ist also die Auscultation in verschiedener Richtung eine feinere Untersuchungsmethode im Vergleich zur Percussion, ohne dass damit gesagt sein darf, dass letztere weniger gewürdigt werden soll. Sie muss vielmehr, wie schon erwähnt, stets mit dem Auscultationsergebniss verglichen werden.

Die Auscultation des Stimmfremitus fand ich nur bei sehr ausgesprochenen Fällen von Schallleitungsdifferenzen verwerthbar. Er ist, wie selbstverständlich zu erwarten, deutlicher oder sonorer bei einer beträchtlichen Verdünnung des Craniums, bei Knochendefecten etc. und umgekehrt verkürzt bei den Fällen, wo eine beträchtliche Herabsetzung

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Tonintensität gefunden wurde. Als Beleg soll einerseits der Fall 6 und andererseits Fall 12 gelten.

Ich erwähnte schon, dass bei der vergleichsweisen Untersuchung Gesunder wiederholt Differenzen in der Schallleitung gefunden wurden, und komme nun auf ähnliche Befunde an pathologischen Fällen zurück. Es fanden sich auch hier neben den mehr oder weniger umschriebenen Stellen veränderter Tonstärke, die mit dem Erkrankungsherde in Zusammenhang gebracht wurden, Differenzen, die weiter ausgebreitet waren, eine ganze Schädelseite betrafen oder wenigstens einen beträchtlichen Theil derselben. Diese ausgebreiteten Unterschiede fasste ich als den Ausdruck von Verhältnissen auf, wie sie auch bei Normalen gefunden wurden, als zufällige, individuell sehr variable Befunde, wie sie ja auch bei allen anderen Untersuchungsmethoden auftreten. Unter Umständen scheint mir gerade für die Bewerthung von Befunden, die auf pathologische Veränderungen bezogen werden dürfen, das Vorhandensein solcher ausgebreiteter Unterschiede in der Schallleitung ein sehr werthvoller Anhaltspunkt zu sein, denn es tritt dadurch gelegentlich ein umschriebener Herd durch diese individuellen Differenzen noch deutlicher hervor. Ich denke dabei an ein Gebiet umschriebener Schallverkürzung, während sonst im Allgemeinen auf derselben Schädelseite eine bessere Schallleitung gefunden wird und umgekehrt, und erinnere hier an die Fälle 5, 7, 9, 12. Andererseits muss zugestanden werden, dass durch das Zusammentreffen besonders ungünstiger Verhältnisse ein noch in den Rahmen des Normalen gehöriger Schallunterschied zur Bekräftigung einer Fehldiagnose führen kann, wie in dem Falle 20.

Einige Befunde waren im Einzelnen trotz Obduction nicht aufklärbar, so im Falle 12, wo sich im Allgemeinen eine schlechte Schallleitung des Stimmgabeltones über dem ganzen Cranium fand, ohne dass eine Verdickung des Knochens oder eine auffällige Dichte desselben gefunden wurde. Und dann im Falle 19, wo der Befund sich während der Krankenbeobachtung wesentlich änderte. In beiden Fällen handelt es sich um eine hochgradige Drucksteigerung und schliesslich Exitus unter Symptomen von zunehmendem intracraniellem Drucke.

Seitdem wir in der Probepunction des Gehirns eine leicht durchführbare und sichere diagnostische Methode für Herderkrankungen haben, scheint mir das Vorausschicken einer genauen auscultatorischen Untersuchung des Schädels vor der Punction besonders empfehlenswerth, weil in geeigneten Fällen die Bestimmung des Herdes gegenüber der Localisation durch Reiz- und Ausfallssymptome eine Verschiebung erfährt und weil die Auscultation gelegentlich auch in solchen Fällen Anhaltspunkte zur Auffindung des Herdes giebt, wo noch keine ver-

Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

werthbaren klinischen Symptome bestehen. Auf diese Weise können der Probepunction die Wege wesentlich erleichtert werden. Seit dem Zusammenarbeiten mit Herrn Dr. Pfeiffer an derselben Klinik, der sich in letzter Zeit mit Probepunctionen von Tumoren des Gehirns zu diagnostischen Zwecken beschäftigte, wurde mir diese Ueberlegung klar. Als bestätigendes Beispiel kann ich dafür Fall 13 anführen, der mit Fall 18 von Pfeiffer's Publication identisch ist. Die umschriebene Stelle der Tonverkürzung in der Occipitalgegend stimmte genau überein mit dem Sitze des Tumors, der durch Pfeiffer's Punction und darnach durch die Operation nachgewiesen wurde. Nach den klinischen Symptomen war auch daran zu denken, dass der Herd seinen Hauptsitz im Parietalhirn haben könne, doch wies der Auscultationsbefund ausgesprochen auf den Occipitallappen[1]).

Ich komme nochmals kurz auf die Ausübung der Untersuchung zu sprechen, um davor zu warnen, gleich nach den ersten Auscultationsversuchen bestimmte diagnostische Schlüsse zu ziehen. Die Untersuchung ist zwar durchaus nicht als schwierig zu bezeichnen, erfordert aber doch eine gewisse Uebung und Gewöhnung. Die Uebung ist besonders nothwendig zum Vermeiden der möglichen Fehlerquellen, wie z. B. nicht genau symmetrisches Aufsetzen der Hörtrichter, ungleichmässiges Aufdrücken mit denselben, Aufstützen der Hand des Untersuchenden auf den Schädel und dergleichen mehr, oder ungeschicktes Stützen des Schädels durch die Hülfsperson, extramediane Stellung der Stimmgabel u. s. w. Es empfiehlt sich vielleicht, auf diese häufigsten Fehler nicht nur im Sinne der Vermeidung derselben zu achten, sondern sie beim Erlernen der Untersuchungsmethode in verschiedenen Variationen absichtlich hervorzurufen, um zu beobachten, in wie weit sie die Tonintensität verändern. Die Nebengeräusche im Stethoskop sind nicht reichlicher, als sie bei der Verwendung des binotischen Stethoskopes überhaupt vorkommen. Für diejenigen, welche mit diesem Instrumente auch sonst arbeiten, ist also von dieser Seite keine neue Störung in der Untersuchung gelegen.

Was die Art der Stimmgabel betrifft, glaube ich, im Allgemeinen eine einfach angeschlagene Stimmgabel am meisten empfehlen zu können, denn die elektrisch erregten Stimmgabeln sind erstens complicirter, weniger leicht zu beschaffen und nicht genügend sicher in ihrer Function. Sie erfordern genaue Kenntniss in ihrem Bau und in dem Umgehen mit

---

1) Seit dem Abschlusse dieser Arbeit habe ich noch bei einigen späteren Fällen die Auscultation mit dem besten Erfolge zur genauen Herdbestimmung vor der Punction anwenden können.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ähnlichen Apparaten, sodass man kleine Störungen nöthigenfalls selbst sofort beheben kann. Die Störung des raschen Verklingens der angeschlagenen Stimmgabel bleibt allerdings immer erhalten, ist aber schliesslich weniger gross als das Versagen der elektrisch erregten Stimmgabel. Als Tonhöhe ist am besten eine mittlere zu wählen. Ich verwandte sowohl sehr hohe als tiefe Stimmgabeln und überzeugte mich, dass die Tonhöhe auch von einem gewissen Einfluss auf die Erlangung von Differenzen sein kann. Am besten kam ich, wie schon erwähnt, mit mittelhohen Tönen zu brauchbaren Resultaten. Die Stimmgabeln, die ich anwandte, bewegten sich in den Tonhöhen von $c^1 = 264$ und $e^1 = 330$ Schwingungen.

Von einiger Bedeutung ist auch der Bau der Stimmgabeln. Sie müssen derartig construirt sein, dass möglichst viel Energie durch den Fuss der Stimmgabel abgegeben wird und wenig durch die schwingenden Zinken an die Luft, um das starke Tönen bei Luftleitung zu vermeiden. Diese Forderung wird am besten erreicht, wenn der Abstand zwischen den Zinken ein grösserer ist und die Bewegungsstelle der Zinke nicht zu dick genommen wird. Dass die Masse der Stimmgabel an sich nicht zu klein gewählt wird, ist in dem Princip der Untersuchung selbst verständlich. Das Gewicht meiner leichtesten Stimmgabel beträgt 130 g. Das untere Ende des Stimmgabelfusses soll einfach abgeflacht sein oder eine ganz leichte Delle tragen, der Querschnitt etwa einem Quadratcentimeter entsprechen.

Auf meine Versuche, die Auscultation des fortgeleiteten Stimmgabeltones einem grösseren Auditorium zugänglich zu machen, wie es für Unterrichts- und Demonstrationszwecke wünschenswerth ist, kann ich noch nicht eingehen, weil ich noch nicht zu befriedigenden Resultaten gelangt bin. Ich hoffe jedoch, dass es gelingt, entsprechende Anordnungen zu finden.

Es liegt mir fern, die besprochene Untersuchungsmethode als eine absolut sichere, insbesondere bei isolirter Anwendung ohne andere klinische Untersuchungen zu empfehlen. Sie wäre da, wie ja leider die meisten anderen diagnostischen Methoden, unzuverlässig. In Verbindung jedoch mit allen anderen Untersuchungsarten ist sie geeignet, uns in vielen Fällen eine Reihe von Wahrscheinlichkeitsschlüssen zu gestatten, welche weitergehen, als wenn diese Untersuchung nicht angewendet wird. Ich glaube daher, in ihr mit Berechtigung eine brauchbare Bereicherung der Untersuchungsbehelfe zu sehen. Sie gewinnt auch gerade dadurch an practischem Werth, dass sie vor allem solche Herde leichter bestimmen hilft, welche nahe der Convexität liegen, die also chirurgischen Eingriffen am meisten erfolgreich zugänglich sind.

Generated on 2019-02-17 16:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

V. Ueber Schallmessungen.

Anhangsweise berichte ich in Kürze für diejenigen, welche sich eingehender mit der Frage von Schallmessungen am Schädel beschäftigen wollen, von meinen Bemühungen, eine rein objective Messung der Schallstärken zu versuchen. Die Ergebnisse sind im wesentlichen negativ, aber sie erscheinen mir trotzdem mittheilenswerth, weil sie erstens die Schwierigkeiten solcher Messungen offenbaren und andererseits vielleicht manchen Anderen von falschen experimentellen Wegen abhalten.

Zur objectiven Messung des Schalles dachte ich in erster Linie das Mikrophon und zwar entweder allein, ohne ein gleichzeitig eingeschaltetes Telephon als Messinstrument zu verwenden, oder auch mit letzterem vereinigt durch Beobachtung der Schwingungsbreite der Membran desselben mit dem Mikroskope oder durch Reflexion von Lichtstrahlen durch eine entsprechende Spiegelanordnung von der schwingenden Telephonmembran auf grössere Entfernungen hin. Nach einigen Fehlversuchen, ein geeignetes kleines Mikrophon zu construiren, fand ich für meine Zwecke am besten, ein kleines Körnermikrophon zu verwenden und zwar derart, dass die Abstufbarkeit desselben, was die Innigkeit seiner Contacte anlangt, durchgeführt werden konnte, ohne dass der Druck des ganzen Mikrophons auf die Unterlage (in unserem Falle der Schädel) in Frage kam. Das Mikrophon bestand aus einer relativ dicken, im Durchmesser etwa 1 cm grossen, vernickelten Messingplatte, die an einem Glasrohr angesetzt war. Im Innern des Glasrohres war an einem Stäbchen, durch eine elastische Spiralfeder verbunden, eine zweite vernickelte Platte angebracht. Diese beiden Platten stellten die beiden Pole für den elektrischen Strom dar; zwischen den Platten befand sich „Kohlenklein". Durch verschieden starken Druck des inneren Poles konnte der Contact mit dem Kohlenklein inniger oder schwächer gemacht werden, und der jeweilige Druck wurde durch eine am oberen Ende der Glasröhre befindliche Klemmschraube fixirt. Auf diese Weise war die von Anfang an geforderte Abstufbarkeit des Mikrophons gesichert und gleichzeitig bei der relativen Dicke des den Abschluss des Glasrohres am unteren Ende bildenden Metallbodens eine Unabhängigkeit des Contactes von dem Drucke gesichert, welcher mit dem Mikrophon auf die Unterlage ausgeübt wurde. Ich sah in der Verwendung dieses Mikrophons für meine Zwecke einen wesentlichen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vortheil gegenüber dem gleichfalls kleinen und sehr empfindlichen Seidensäckchen-Mikrophon, welches Mader[1]) und von Frey[2]) anwendeten, denn dieses Mikrophon ist für den Druck, der mit dem Stifte, welcher als Empfänger für das Mikrophon dient, auf die Unterlage ausgeübt wird, ausserordentlich empfindlich. Mader konnte diese Thatsache durch einen sehr einfachen Versuch nachweisen. Er setzte den Stift seines Mikrophons an eine mikrometrisch verschiebbare Platte an und beobachtete in dem angeschlossenen Telephon die Intensität des Geräusches, welches dadurch entstand, dass der primäre Strom des Mikrophons abwechselnd geöffnet und geschlossen wurde. Eine Annäherung der Platte an das fixirte Mikrophon um nur 0,3 mm bewirkte schon eine deutlich wahrnehmbare Verstärkung des Geräusches im Telephon und eine Annäherung um 0,9 mm machte das Geräusch so laut, dass es nahezu auf die doppelte Entfernung von der Telephonmembran gehört werden konnte, als bei der ursprünglichen minimalen Berührung.

Nachdem ich nun im Besitze eines, wie mir schien, für meine Zwecke geeigneten Mikrophons stand, ging ich an die practische Verwerthung und wollte zunächst Stromschwankungen im Mikrophonstromkreise bei der verschieden starken Erregung des Mikrophons durch den fortgeleiteten Stimmgabelton messen. Ein vorausgeschickter Versuch mittelst des Telephons überzeugte mich, dass das Mikrophon insoweit leicht genug ansprach, als der Ton im Telephon nach Application des Mikrophons auf den Schädel deutlich hörbar war. Die Messungsversuche der Stromschwankungen jedoch musste ich sehr bald aufgeben, denn ich konnte ein für meine Zwecke genügend empfindliches Galvanometer nicht zur Verfügung haben. Und die Versuche, ein solches zu construiren, schlugen gleichfalls fehl. Von W. Giltay[3]) wurde ein besonders empfindliches Dynamometer für Wechselströme beschrieben, welches später von G. Stern[4]) in einigen Theilen abgeändert wurde, doch ist dieses Instrument gegen verschiedene störende Einflüsse, wie Temperaturschwankungen, Luftzug und stärkere Geräusche oder Boden-

---

1) Sitzungsbericht der Kaiserl. Akademie der Wissenschaft. Wien. Math.-naturwissenschaftliche Klasse 109, 3. Abtheilung.

2) Zeitschrift f. Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane. Bd. 28. Seite 9.

3) Widemanns Annalen 1885, No. 25. S. 325.

4) Ueber mikroskopische Tonstärkemessungen. Widemanns Annalen 1891. Bd. 42. S. 622.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwankungen so ausserordentlich empfindlich, dass es nur in geeigneten, für exacte physikalische Versuche eingerichteten Räumen Verwendung finden kann.

Es blieb mir nun nur noch übrig, die Elongationen der Telephonmembran für Messzwecke zu verwenden. Ein Versuch mittelst des Mikroskopes, die Bewegungen der Membran zu beobachten, ergab bei entsprechenden Vorversuchen, wo die Erregung meines Mikrophons eine viel gröbere war, als es am Schädel der Fall ist, dass die Schwingungen der Membran so minimale waren, dass von einer vergleichsweisen Messung bei noch geringerer Erregung keine Rede sein konnte. Ich überzeugte mich nun in der einschlägigen physikalischen Literatur, dass von verschiedenen Seiten Messversuche an der schwingenden Telephonmembran gemacht wurden. Franke[1]) beobachtete die Interferenzstreifen, welche das reflectirte Licht einer Natriumflamme giebt, wenn man auf eine berusste Telephonmembran ein Deckgläschen legt und parallel zu diesem in einer sehr nahen Distanz eine dickere Glasplatte befestigt. Bei einer Tonstärke, die in dem zweiten Telephone auf eine Entfernung von einigen Centimetern vom Ohre weg noch deutlich zu hören war, berechnete er die Schwingungsbreite der Telephonmembran auf 52 : 10000000 Millimeter; bei schwächeren Tönen entstanden wegen der geringen Schwingungsbreite der Membran keine Intereferenzstreifen mehr, es konnten also directe Messungen nicht mehr vorgenommen werden. Auf dem Wege der Rechnung findet er nun, dass bei einem eben noch wahrnehmbaren Tone im Telephon die Schwingungsweite der Membran etwa 1,2 : 10000000 Millimetern betragen dürfte.

Eine sehr empfindliche Spiegelübertragung von Lichtstrahlen, die durch eine in Schwebung versetzte Membran in Bewegung geriethen, verwendete Max Wien[2]) bei der Messung von Tonstärken. Seine Schallenergien waren jedoch weit grösser, als sie bei meinen Versuchen in Frage kommen, deshalb konnte ich auch von dieser Spiegelübertragung bei meinen Versuchen keinen Gebrauch machen. Diese Beobachtungen an der schwingenden Telephonmembran ergeben, dass wir Schallenergien eben mit dem Ohre am besten wahrnehmen können, viel besser, als wenn wir mit den complicirtesten Uebertragungsapparaten die Schwingungen in eine andere Energie umsetzen wollen.

Noch einen letzten Versuch muss ich erwähnen, der in der Absicht

---

1) Elektrotechn. Zeitschr. 1890. Heft 20.

2) Ueber die Messung der Tonstärke. Widemanns Annalen 1889. Bd. 36. S. 834.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gemacht wurde, an Stelle des Telephons eine andere Anordnung zu schaffen, um grössere Schwankungen in einem Inductionskreise nachzuweisen. Ich erinnerte mich daran, dass wir im überlebenden Muskel ein sehr feines Reagens auf elektrische Stromschwankungen haben und wollte die Zuckungen des Muskels beim Durchgehen des Stroms durch Nerv und Muskel (so wie in der bekannten Anordnung, wo der Muskel mittelst einer einfachen Hebelübertragung bei der Contraction einen leicht beweglichen Zeiger in Bewegung setzt), als Indicator der Stromschwankungen und damit indirect der Schwankungen der Tonstärke, die das Mikrophon trifft, verwenden. Die Vorversuche fielen insoweit günstig aus, als bei entsprechender Anordnung der präparirte Froschmuskel deutlich stärker zuckte, wenn das Mikrophon stärker erregt wurde und umgekehrt. Ich musste mich jedoch überzeugen, dass diese Versuchsanordnung für Experimente von längerer Dauer unbrauchbar sind wegen der raschen Erschöpfbarkeit und Austrocknens des Muskels. An sich war der Versuch insoweit interessant, als der Froschmuskel sich nach der Einschaltung in den Mikrophonstromkreis als ein ausserordentlich feines Reagens für Contactschwankungen im Mikrophon erwies, denn schon ganz leichte Erschütterungen des Mikrophons, wie z. B. durch das Gehen im Zimmer, durch Berühren des Tisches, auf welchem das Mikrophon stand, oder innigerer Contact des Mikrophons mit dem tönenden Körper drückten sich sofort durch kurze oder tetanische Zuckungen des Froschmuskels aus.

Nach diesen Ergebnissen mussten selbstverständlich alle weiteren Bemühungen, mittelst Mikrophon und Telephon eine Messmethode zu finden, aufgegeben werden. Ich will hier noch ganz unberührt lassen die Schwierigkeiten, welche sich bei der Anwendung des Mikrophons zu den genannten Zwecken in jedem Falle ergeben. Es sind dies die beständigen Widerstandsveränderungen im Mikrophon, bei Lageveränderung desselben, sowie bei seiner Erregung durch Töne, weiters die Unmöglichkeit, ein Mikrophon herzustellen, das bei verschiedenen Versuchen auf dieselben Schallstärken stets gleichmässig reagirt, eine Erfahrung, welche Oberbeck[1]) mittheilt. Er konnte deshalb immer nur die Beobachtungen derselben Reihe unter sich vergleichen.

Ein ganz anderes Prinzip zum Zwecke der Schallmessung hatte Grimmsehl[2]) seinen Versuchen zu Grunde gelegt, nämlich die That-

---

1) Widemann's Annalen 1881. Bd. 13. S. 222.
2) Widemann's Annalen 1888. Bd. 34. S. 1028.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sache, dass ein frei beweglicher Körper sich gegen eine auf ihn einwirkende Energie immer derart einstellt, dass er ihr seine breiteste Fläche zukehrt. Diese Erscheinung führte ihn dazu, einen Schallmessungsapparat zu construiren, der im Wesentlichen im Folgenden besteht. Zur Aufnahme des Schalles dient ein horizontal gestelltes Glasrohr, dessen Eigenton gleich ist dem zu messenden Tone. An der Stelle eines Wellenbauches befindet sich im Rohr an einem Coconfaden hängend ein Glimmerplättchen. Mit diesem Glimmerplättchen ist an demselben Coconfaden in entsprechender Weise eine Spiegelablesung aufgehängt. Wenn nun das Instrument von einem entsprechenden Tone erregt wird, stellt sich das Glimmerplättchen mehr oder weniger senkrecht auf die Richtung des Glasrohres. Je intensiver der Ton ist, um so mehr wird der rechte Winkel erreicht. Der Grad des Ausschlages dieses Glimmerplättchens ist in gewissen Grenzen proportional der Schallintensität. Aus dieser Thatsache konnte Grimmsehl eine empirische Scala für Tonintensitäten aufstellen und zu Messungen verwenden. Als ich die Versuche Grimmsehl's nachahmte, musste ich wieder feststellen, dass der Apparat für stärkere Töne wohl verwendbar ist, nicht aber für die sehr geringen Tonmengen, die bei unseren Versuchen am Schädel in Frage kommen.

Eine weitere Möglichkeit einer objectiven Schallmessung schien mir in folgender Ueberlegung gegeben: ich wollte eine elektrisch erregte Stimmgabel auf den Kopf aufsetzen und ihren Ton jedesmal soweit durch Widerstände im elektrischen Strome abschwächen, dass ihr Ton bei der jeweiligen Auscultation am Schädel eben hörbar ist, und diese Ebenhörbarkeit zu einem Princip der Messung machen; das Maass sollte gegeben werden durch die Verminderung oder Vergrösserung der Schwingungsintensität der Stimmgabel. Diese wollte ich an einer unter den gleichen Bedingungen schwingenden, in denselben Stromkreis eingeschalteten zweiten Stimmgabel mittelst des Mikroskopes beobachten und auf diese Weise messen. Bekanntlich ist die Intensität des Tones eines schwingenden Systems direct proportional dem Quadrat der Schwingungsamplitude. Die theoretische Grundlage schien also für die Durchführbarkeit meiner Versuchsanordnung zu sprechen. Bei dem praktischen Versuche ergab sich aber, dass auch hier die Einzelschwingungen der Stimmgabel nicht so gross sind, dass sie einer directen Beobachtung zum Zwecke der Messung zugängig sind[1]). Die

1) Die Arbeit von Jacobson und Cowl „Ueber Darstellung und Messung der Schwingungsamplituden ausklingender Stimmgabeln mit Hülfe der Linear-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jeweiligen Stromstärken, die zum Erregen der Stimmgabel nothwendig sind, lassen sich auch nicht als Indicator für die Schwingungsintensität der Stimmgabel verwenden, denn die wechselnde Innigkeit des Contactes am Unterbrecher, also die verschiedene Funkenlänge, verändert in stets variabler Weise die elektromotorische Kraft.

Schliesslich kam noch das Gärtner'sche Stethoskop als Messinstrument in Frage. Ich dachte mir die Anordnung derart, dass die Stimmgabel beständig auf einer möglichst gleichen Tonstärke gehalten wird und dass dann durch entsprechende Verschiebungen am Stethoskop die Tonstärke jedesmal auf ein Minimum reducirt wird. Aus dem Grade der Verschiebung sollte dann auf die Schalldämpfung zurückgeschlossen werden, welche der Ton bei seinem Durchgang durch den Schädel erlitten hatte. Es ergab sich nun, dass das Gärtner'sche Stethoskop schon ein so complicirter Apparat ist, dass zwei vollkommen gleiche Stethoskope nicht leicht herzustellen sind, welche die Bedingung erfüllen, dass einer bestimmten Tonintensität immer wieder derselbe Grad der Verschiebung des Schalldämpfers an dem Instrumente entspricht.

Auf andere Ueberlegungen zur Messung von Schallstärken, wie z. B. die Verwendung von Selenzellen als optisches Mikrophon und noch complicirtere Anordnungen will ich hier nicht eingehen.

Das Resultat aller dieser Untersuchungen ist also ein sehr unbefriedigendes, im Wesentlichen wohl deshalb, weil die Schallmengen, welche bei unseren Versuchen in Anwendung kommen, so gering sind, dass sie mit allen in der Physik gebräuchlichen Messmethoden nicht controllirbar sind.

In dem Fehlschlagen meiner Bemühungen, eine exacte Tonstärkemessung ausfindig zu machen, sehe ich aber nur in so weit einen Verlust, als die Höhe der Exactheit bei einer physikalischen Messung grösser ist, und überdies die Beobachtungsresultate direct fixirbar sowie mehreren Personen zugängig sind. Für die Verlässlichkeit der schliesslich angewandten Untersuchungsart genügt es, darauf hinzuweisen, dass wir in keinem anderen Sinnesorgane ein so feines Schätzungsvermögen für Quantitätsunterschiede haben, als gerade im acustischen Apparate, vor-

---

kinematographie". Archiv für Anatomie und Physiologie, physiol. Abtheil. 1903 wurde mir erst nach Beendigung meiner Arbeit bekannt. Man ersieht aus diesen Versuchen wieder, wie schwer derartige genaue Messungen durchzuführen und wie wenig befriedigend die Ergebnisse sind. Für meine Zwecke hätte die Versuchsanordnung der Genannten übrigens auch keine Hülfe bringen können.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ausgesetzt, dass die zu vergleichenden Töne genau denselben Charakter, Tonhöhe etc. haben und dass sie unser Ohr in unmittelbarer Aufeinanderfolge treffen — also Bedingungen, wie sie practisch bei unserer Untersuchung am Kranken vollkommen gegeben sind. Die Methode giebt uns also für die Controlle der Schallleitungsverhältnisse beim einzelnen Kranken vollkommen befriedigende Resultate. Was uns verloren geht, ist nur ein vollkommener Vergleich von Untersuchungen, die zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Fällen gemacht werden.

Herrn Prof. Anton sage ich auch an dieser Stelle meinen besten Dank für das Interesse, welches er dem Entstehen dieser Arbeit entgegengebracht hat.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XXVII.

Aus der Königl. Universitäts-Klinik und Poliklinik für psychische und Nervenkrankheiten in Göttingen (Director Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Cramer).

Jugendirresein.

Von

Dr. **Rizor,**

Jetzigem Abtheilungsarzt der Provinzial-Heil-Anstalt Münster i./W.

(Schluss.)

Theil III.

Psychosen in der Pubertät, die in einzelnen Attaquen verlaufen und nicht zur Ausheilung kommen.

Fall 1. M. K., 26 Jahre alt, Haustochter. 28. Juli 1896 bis 16. November 1896.

Keine Heredität, bisher nie krank und stets normal entwickelt. Mit 19 Jahren erste Attaque: Angst, Erregung, Ideenflucht, Incohärenz, Hemmung, Hallucinationen. Nach einigen Wochen Psychose abgelaufen. Hat in der Persönlichkeit und ihrer Thätigkeit viel verloren. Mit 26 Jahren zweite und bald darauf dritte Attaque: Erregung, Hemmung, Grössenideen und Verstimmung, Angst, Kleinheitsideen, Stupor, kataton. Erregung ohne psychotische Symptome, unstet, unfähig zur Beschäftigung. Nach vier Jahren vierte Attaque: Erregung, Grössenideen, kataton. Verstimmung, Angst, Erregung, kataton. Hallucinationen. Jetzt: frei von psychotischen Symptomen. Mechanische Arbeiterin zu Hause ohne Initiative und Interesse.

Anamnese: Keine Heredität. Stets aufgewecktes lebenslustiges Kind, häuslich und fleissig, wenn auch etwas flüchtig. Bisher nie krank. Menses rechtzeitig und regelmässig.

Im Jahre 1889 zum ersten Male in hiesiger Klinik. Damals sehr erregt. Nicht zu fixiren. Motorische Unruhe, Ideenflucht und Incohärenz. Nach einigen Tagen ruhiger, sitzt stundenlang in einer Ecke und stiert in die Ferne. Dieser Zustand macht bald einer Erregung wieder Platz. Theatralische Be-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wegungen. Nach einigen Wochen schnippisches und keckes Wesen. Sie giebt nach einiger Zeit über ihre Krankheit selbst die Auskunft; es sei ihr immer so gewesen, als ob alles um sie herum Theater gewesen, bei dem in meist heiterem Spiel ihr eine wesentliche Rolle zugefallen sei. Sie sei sich wie die Loreley vorgekommen. Sie kann sich der Zeit der Erregung nur sehr summarisch erinnern. Sie erzählt auch von Sensationen, als ob sie mit Ungeziefer belastet gewesen sei. Später äusserte die Kranke, dass ihre eigentliche Erkrankung mit einer Verstimmung und einer gewissen Unruhe, zum Theil Angst begonnen habe.

Nach der Entlassung war Patientin immer noch launisch und missgestimmt, im Allgemeinen doch stets vernünftig, wurde aber nie wieder wie früher. In der Beschäftigung leistete sie nach langen Jahren wieder einigermaassen Zufriedenstellendes, aber nicht annähernd das wie früher, vor Allem zeigte ihr Wesen immer etwas Unstetes.

1896 erkrankte sie von neuem, wurde wieder unruhig, lachte unmotivirt, verzog das Gesicht. Im Allgemeinen wechselten Heiterkeit und Zorn, Personenverkennung, Incohärenz und Ideenflucht, motorische Unruhe mit Zerstörungsdrang und unanständige Redensarten in ihren Reden. Bei der Einlieferung am 15. April sehr unruhig und erregt. Unverständliche und unzusammenhängende Reden. Auf Fragen geht sie nicht ein. Unreinlich in ihrem Aeusseren; sie schmiert. Nach einiger Zeit verweigert sie die Nahrung ganz. Sie wird immer unreinlicher, lässt unter sich. Im Verlauf der nächsten Woche wird sie wohl etwas geordneter, doch nur für kurze Zeit. Nach einigen Wochen stellen sich Grössenideen ein. Im Juni zeigt sie Perseverationen in ihren Ausdrücken. Stereotypie in Reden und Handlungen. In ihren Reden sehr unanständig. Lacht viel unmotivirt und treibt fortwährend Dummheiten. Im Juli plötzlich Besserung. Sie giebt richtige Antworten, zeigt Interesse für Arbeiten. Das unmotivirte Lachen und das kindische Benehmen haben sich bedeutend gebessert. Die Briefe zeigen aber doch noch Incohärenz und grosse Ablenkbarkeit. Es tritt weitere Besserung ein und sie wird im Juli als geheilt (?) entlassen. Nach 8 Tagen bereits wieder eingeliefert.

Status. Körperlich keine pathologischen Erscheinungen. Keine hysterischen Stigmata. Ziemlich ruhig, doch subjective Klagen über Aengstlichkeit, Druck und Stich in der Herzgegend. Schlafmangel. Sie zeigt ein gedrücktes und ängstliches Wesen. Stimmung traurig. Sie macht sich Sorge um ihre Angehörigen, Unwürdigkeitsideen. Sie verhält sich dabei stets durchaus geordnet und verständig, schreibt vernünftige Briefe nach Hause. Nach einer kurz dauernden Besserung wieder sehr gedrückt. Andeutung von hypochondrischen Wahnideen. Das Krankheitsbild wechselt sehr oft. Im September tritt Stupor ein. Gänzlich theilnahmlos und unzugänglich. Mutacismus bei ausgesprochener Fressgier. Dann wieder sehr erregt, und es wechselt in den nächsten Wochen Erregung mit Stupor öfter ab. In diesem Zustande im November entlassen.

Vorübergehend trat zu Hause eine geringe Besserung, d. h. Ruhe ein:

Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

später wurde sie aber so unstet, nicht mehr im Hause zu halten. An eine Beschäftigung war nie zu denken.

Ihr planloses Umhertreiben gab schliesslich den Anlass zur Aufnahme in die Heilanstalt (14. Mai 1900).

Sehr erregt. Incohärente Reden mit Ideenflucht, mit Pathos. Gezierte Sprechweise, wechselnde Grössenideen (Kaiserin, Fürstin). Stimmung ausgelassen, gereizt. Schlägt unmotivirt. Unreinlich. Erotisch. Unanständig. Grimmassirend. Sammelt.

Nach einigen Tagen ruhiger, zugänglicher. Schweift bei Unterhaltung noch leicht ab. Uebermüthig. Zu Neckereien und Torheiten geneigt. Wechselndes Verhalten: ruhig, lenksam, geordnet, zu fixiren, freundlich; erregt, ideenflüchtig, aggressiv.

Dann längere Zeit sehr geordnet, freundlich.

Juli: einige Tage gedrückt und ängstlich, innere Unruhe. — Dann erregt und ideenflüchtig, gemeine Ausdrücke. gewaltthätig, zerstörungsüchtig. — Ohnmachtsanfall. Nässt ein.

August: Stereotypie.

September: Erregung und Ideenflucht wechseln mit hochgradiger Angst, Hemmung, Katatonie und Stereotypie. Dabei Selbstanklagen und Versündigungsideen, untermischt mit Ueberschätzungsideen. Dabei ecstatischer Gesichtsausdruck. Selbstgeisselung. Gelegentlich explosive Erregung mit impulsiven Handlungen.

December: Ruhiger (langsam), lenksam. Beschäftigt sich, dabei auch Angst, die sie zu verbergen sucht. Antwortet leise und langsam.

Dann wieder Erregung mit völliger Verwirrung.

Januar und Februar wechseln manische Erregung: Ideenflucht, Incohärenz, Personenverkennung mit depressivem Stadium: Selbstanklagen und Versündigungsideen, hochgradige Angst, Selbstverstümmlung.

Dann Krankheitseinsicht, Hallucinationen werden zugegeben. Darauf im Allgemeinen ruhig, doch gänzlich interesse- und wunschlos, dabei freundlich, vorübergehend kurze Erregung. Beschäftigt sich unter Anleitung und Aufsicht leidlich. Im Ganzen giebt sie ein ganz gut arbeitendes, doch ohne jede Initiative und jedes Interesse stumpf dahinlebendes Individuum ohne Selbstbewusstsein ab.

Fall 2. H. E., 26 Jahre alt, Verkäuferin, 3. Januar 1899 bis 29. April 1899.

Keine Heredität. Stets gesund. Lernte etwas schwer. Mit 19 Jahren acuter Erregungs- und Verwirrungszustand. Dauer mehrere Monate. Versuch einer Beschäftigung ohne Erfolg. Blieb wunderlich. Mit 26 Jahren zweite Attaque: Erregung. Hallucinationen. Hemmung. Jetzt albern, läppisch, unbrauchbar zu irgend einer Beschäftigung.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anamnese: Keine Heredität. Geschwister leben, gesund. Patientin bis zur jetzigen Erkrankung stets gesund. Lernte wohl etwas schwer in der Schule. Doch keine auffallende Eigenthümlichkeiten. November 1898: fühlte sie sich ihrer Stellung als Verkäuferin nicht gewachsen. Acuter Erregungs- und Verwirrungszustand. Dann bald lachend, bald weinend, stets unmotivirt, oft ängstlich. Wirre Reden. Meist deprimirt.

Status: Gross, gracil gebaut, blass. Keine nervöse Störungen. Auch sonst o. B. Keine Hysterie.

Psychisch: Völlig orientirt, freundlich und zugänglich, meist etwas fröhlich. Auffallend kindisch und albern. Unverändert heiter und fröhlich. Macht sich offenbar keine Gedanken. Keine Krankheitseinsicht. Vergnügungssüchtig, Kein Interesse für Arbeit. Grosse Vergnügungspläne für die Zukunft. So gebessert entlassen.

Nach der Entlassung zu Hause; nach mehreren Monaten Versuch der Beschäftigung als Verkäuferin wie früher. Ihr ganzes Wesen war aber verändert; sie liess oft ihre Arbeit liegen, um für ihr Seelenheil und das der Ihrigen zu beten; sie war immer leicht aufbrausend und streitsüchtig — Neigung zu übertriebener Religiosität und Streitsucht nahm mehr und mehr zu — und musste ihre Stellung wieder aufgeben. Zur Zeit der Periode war sie besonders reizbar, oft sogar erregt. Mit der Zeit Grössenideen: sie sei berufen von Gott, die Menschen zu belehren; Verhältniss zu Eltern und Geschwistern immer unhaltbarer. Ständiger Stimmungswechsel. Oft Tobsuchtsanfälle; dann traten Grössenideen und Incohärenz besonders zu Tage.

Wegen Erregung in die Irrenanstalt 11. Februar 1905.

Heitere Stimmung, schien verwirrt, wenig orientirt. Ausgelassen. Knüpfte an Gespräche und Vorgänge in ihrer Umgebung an. Gesichts- und Gehörshallucinationen.

20. Febr. Lebhafter Erregungszustand. Unrein.

Spannt bei Berührungen ihrer Glieder an und sitzt in hockender Stellung im Bett.

Freundlicher und umgänglicher, dabei albern und verwirrt.

Macht einen recht schwachsinnigen Eindruck und unterhält sich in kindischer Weise mit anderen jugendlichen Kranken. Verkennt Personen.

Gelegentlich plötzlich heftige Erregungszustände. Sonst läppisch, euphorisch, spricht zuweilen mit salbungsvoller Wichtigkeit.

Gegen die Aerzte sucht sie zärtlich zu werden. Spricht ideenflüchtig und zusammenhanglos.

Recht zerfahren und verwirrt. Kindisch und läppisch.

Bringt religiöse Wahnideen vor.

3. Juni. Wechselnd in ihren Stimmungen; lacht ohne Grund ausgelassen oder weint auf einmal herzzerbrechend, laut schluchzend. Nässte wiederholt ein.

Wenig zugänglich, macht sich steif bei Berührungen, widerstrebt passiv. Neigt zu Unsauberkeiten.

Es wechseln von nun an Hemmung und Erregung. In freien

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und ruhigeren Zeiten unsagbar albern und kindisch, lacht unmotivirt auf. Meist recht unsauber.

Fall 3. F. J., 25 Jahre, Kinderfräulein, 13. October 1901 bis 26. März 1901.

Psychisch und tuberculös belastet. Normal entwickelt. Mit 23 Jahren erste Attaque: Verstimmung. Hallucinationen. Angst. Kataton. Nach mehreren Monaten Psychose abgelaufen. Blieb albern, kindisch, unfähig zur Beschäftigung. Nach einigen Monaten 2. Attaque: planloses Umherirren. Erregung. Katalepsie. Hemmung. Angst. Hallucinationen. Maniakalisch. Jetzt: seit Jahren frei von psychotischen Symptomen, immer albern und kindisch. Ohne Beschäftigung.

Anamnese: Grossvater väterlicherseits rückenmarksleidend; Grossmutter väterlicherseits nach längerer psychischer Depression stets wunderlich geblieben. Eine Tante leidet an tickartigen Zuckungen der Augenlider. In der Familie der Mutter Tuberculose. Patientin bisher stets gesund und normal entwickelt; vorübergehend bleichsüchtig. August 1900 acut an Kopfschmerzen erkrankt, redet verwirrtes Zeug, wurde unruhig; stets traurig, weint und stöhnt; äusserte hochgradige Angst besonders vor Blitz. Sie sei hypnotisirt. Thierhallucinationen.

Status: Körperlich mittelgross, ziemlich gut genährt. Starke Asymmetrie des Schädels. Ohrläppchen angewachsen. Haut am ganzen Körper von auffallender Consistenz.

Psychisch: Macht immer ängstlichen Eindruck; stets orientirt. Zeitweise unruhig. Spricht wenig oder garnicht. Bewegungen automatenhaft. Damals klinische Diagnose: Depressive Paranoia, Amentia, Prognose dubia. Oefter Thierhallucinationen. Wurde bald frei, lächelte öfter. Zeigte sich in kurzer Zeit ganz geordnet, beschäftigte sich und schrieb ganz verständige Briefe an die Angehörigen. Bot auch Krankheitseinsicht. Dann wurde im December die Stimmung auffallend heiter und sie zeigte albernes Wesen; ahmt immer Maniren anderer Personen nach. Albernheit nimmt rapide zu, sie zeigte sich vor allem in Briefen, in denen sie die unglaublichsten Sachen mit den ausgesprochensten Phrasen schildert und in verschrobener Weise renommirt. Kindisches und trotziges Gebahren. In diesem Zustande entlassen.

Zu Hause besserte sich der Zustand so weit, dass die Eltern den Versuch machten, sie wieder Stellung als Kinderfräulein annehmen zu lassen. Es zeigte sich aber bald, dass sie den Anforderungen nicht mehr wie früher genügen konnte. Zeigte kein Interesse für die ihr zur Obhut anvertrauten Kinder, war ständig unzufrieden und reizbar, zeigte ein unstetes Wesen. Planlos verliess sie schliesslich die Stelle und ging ohne erfindlichen Grund nach Helgoland, wo sie Aufregungszustände bekam und nach Haus geholt wurde. Dort verfällt sie in ein kataleptisches Stadium. Ihre Aufnahme in die Anstalt wird erforderlich (22. Mai 1905).

Liess sich lächelnd aufnehmen, antwortet auf Fragen garnicht, reichte

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aber langsam und steif die Hand. Stierer Blick. Ist sauber zu halten. Wird gefüttert.

Hemmung und Katalepsie unverändert.

Etwas freier. Lacht ohne Grund, fasst offenbar die meisten Fragen richtig auf. Gesicht leicht gedunsen. Hallucinationen werden bestritten.

Mit Allem zufrieden, ganz wunschlos, ohne Initiative. Versuch einer Beschäftigung, muss dazu angehalten werden.

Gelegentlich Angst. Hallucinationen. Auf Drängen des Arztes Brief, völlig inhaltlos.

Sehr schwere Hemmung. (Menses.)

In freien Zeiten singt und tanzt sie im Zimmer umher.

Läppische, leichte maniakalische Erregung. Singt immer die gleichen Lieder, schafft bei der Arbeit nichts.

Frech und mürrisch wie ein ungezogenes Kind. Keine Lust zur Beschäftigung. Verlangt urtheilslos nach Haus.

Vorübergehend leicht erregt. Im Allgemeinen albern und kindisch in ihrem Wesen, mault wie ein eigensinniges Kind.

Fall 4. K. W., stud. chem. 19. Januar 1890. — X. Bei der Aufnahme 24 Jahr.

Hereditär belastet. Als Kind Scharlach, Masern. Mit 11 Jahren $^1/_4$ Jahr lang Gehirnentzündung, sonst Entwicklung o. B. Mit 21 Jahren Melancholie von 4 Monaten. Seitdem eigenthümlich. Mit 23 Jahren zweite Attaque: Hypochondrie. Erregung. Hemmung. Angst. Hallucinationen. Jetzt: Seitdem urtheilsschwach ohne Initiative und Interesse.

Anamnese: Ein Onkel des Kranken ist geisteskrank, eine Schwester hysterisch, ein Bruder rückenmarkskrank. Als Kind Masern und Scharlach; mit 11 Jahren Gehirnentzündung (ein Vierteljahr lang). Geistig und körperlich hat er sich sonst normal entwickelt. Später etwas eigenthümlich und ungesellig.

Mit 21 Jahren machte er eine 4 Monate dauernde Melancholie durch. Im Jahre 1889 trat er als Einjährig-Freiwilliger in die Armee ein, doch litt er schon seit längerer Zeit an Beziehungsvorstellungen, zog sich deshalb von Allem zurück. Klagen über allgemeine Schwäche. Völlig energielos, lag dauernd zu Bett, verweigerte die Nahrung. Hypochondrische Ideen. 5 Wochen vor der Aufnahme wechselte der Zustand zwischen Unruhe und stummem und regungslosem Verhalten.

Status: Körperlich: Mässig genährt, blasse Gesichtsfarbe. Keine Besonderheiten.

Psychisch: Motorische Unruhe; ängstlich. Schreckhafte Hallucinationen. Negativismus. Stöhnt und klagt mit wenig Unterbrechungen. Im Grossen und Ganzen abweisend. Hypochondrische Wahnideen. Geschmackshallucinationen; stöhnt und jammert den ganzen Tag in monotoner Weise. Zeitweise Nahrungsverweigerung. Keinerlei Interesse für die Umgebung und Vorgänge in derselben. Zeitweise Zerstörungstrieb. Im Laufe der Jahre treten ausgesprochen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

katatonische Symptome hervor. Kommt dann 1 Jahr in Familienpflege; wird aber wegen oft auftretender Erregungszustände, in denen er gewaltthätig wird und alles zerstört, wieder zurückgenommen. Vorübergehend Hallucinationen. Zeigt keinerlei Interesse. In den letzten Jahren stets sehr höflich und formell, sucht geradezu etwas darin; aber überaus reizbar.

Jetziger psychischer Status: Völlig orientirt. In seiner Ausdrucksweise umständlich und phrasenhaft. Sein Gedächtniss ist recht gut, auch die Merkfähigkeit. Kann über die einzelnen Phasen seiner Erkrankung Auskunft geben. Giebt dauernde Hallucinationen zu; lässt sich aber nicht genauer darüber aus. Den Beginn seiner Krankheit schildert er als eine allgemeine Schwäche. Unfähigkeit zu jeder Arbeit, verbunden mit Angst. Krankheitseinsicht besitzt er aber nicht. Sein Auffassungsvermögen hat nicht gelitten. Ueber die Geschichte der Anstalt während seines Hierseins, über das Verbleiben der verschiedenen Aerzte ist er gut unterrichtet, hebt sogar bestimmte Charaktereigenthümlichkeiten von diesen hervor. Ueber Zeitereignisse der Aussenwelt kann er gleichfalls Auskunft geben, doch nur lückenhaft und oberflächlich, denn es fehlt ihm an Interesse. Höhere Vorstellungen gehen ihm ganz ab. Dadurch ist bedingt eine völlige Gleichgültigkeit über seine Zukunft, über die er niemals nachdenkt und Interessenlosigkeit gegenüber ethischen und schöngeistigen Fragen. Dagegen verwendet er die ihm noch vorhandene Arbeitskraft dazu, aus „Brehm's Thierleben“ völlig zwecklose Auszüge zu machen, unglaublich lange lateinische Thierreihennamen aufzuschreiben mit der Begründung: um sein Gedächtniss zu unterstützen. In der That hat er auch alles auswendig gelernt.

Fall 5. H. B., Gärtner, 35 Jahre alt. 11. April 1888—X.

Keine Heredität. Immer still und scheu. Mit 17 Jahren 1. Attaque: Verwirrtheit. Verfolgungsideen. Ein Jahr später 2. Attaque: Grössenideen. Hallucinationen. Im nächsten Jahre 3. Attaque: Hemmung. Kataton. Maniakalisch. Stimmungswechsel. Seit mehreren Jahren frei von psychotischen Symptomen. Stumpf. Interesselos. Urtheilsschwach.

Anamnese: Ueber Erblichkeit nichts bekannt. Patient war als Kind still und scheu, unfolgsam und störrisch. In der Schule war er stets der beste. Besondere Krankheiten hat er nicht überstanden; nur klagte er viel über Ohrensausen. 1886 im October wegen Geistesstörung, Verworrenheit und Verfolgungsideen aus der Lehre entlassen, nach 3 Wochen aber anscheinend gebessert. Im Mai 1887 plötzlicher Erregungszustand. Wahnideen, er wäre vergiftet. Verweigerte die Nahrung und arbeitete nicht mehr. Aufnahme in eine Anstalt in S. Daselbst selbstbewusstes Auftreten. Grössenideen. Vergiftungswahnideen. In der Unterhaltung unverständlich und verworren. Incohärent in seinen Reden. Dauernd laute Selbstgespräche. Neigung zur Unreinlichkeit. Daraufhin Aufnahme im Juli in die hiesige Anstalt. Verschmitzter lauernder und selbstbewusster Gesichtsausdruck. Lächelt viel. In seiner Unterhaltung sehr kurz. Geht garnicht näher auf seine Krankheit ein; giebt aber Hallucinationen zu. Nach Hause entlassen. Muss im Jahre 1888 im

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

April wieder wegen eines neuen Erregungszustandes, weil er gegen seine Mutter gewaltthätig wurde, aufgenommen werden.

Status: Körperlich: Mittelgross. Kräftig. Normal genährt. Schädel normal. In den Organen und anderswo nichts Abnormes nachzuweisen.

Psychisch: Das scheue und zurückhaltende Wesen, das eigenthümliche Lächeln bleibt auch in diesem Jahre bestehen. Finster und mürrisch drängt er sich in den einzelnen Zimmern umher. Vorübergehend geht er mit zur Arbeit. Februar 1889 wird er als ecstatischer Melancholiker vorgestellt. Patient geht sehr gekrümmt. Muss fast getragen werden. Wenn man ihn loslässt, bleibt er stehen. Er antwortet auf keine Fragen, macht einige Male den Versuch, bewegt wenigstens die Lippen, spricht aber nicht. Er giebt nicht die Hand. Sitzt stumm und theilnahmslos da. Er lässt sich stechen ohne zu reagiren. Nur beim Stechen in den Oberschenkel zuckt er. Die in die Höhe gestreckten Arme hält er lange in die Höhe. Auch seine gekrümmte, sehr unbequeme Haltung behält er bei. Vorübergehend schreibt er ganz ordentliche Briefe nach Hause, nachdem er im Mai etwas mehr Theilnahme an seiner Umgebung gezeigt hat. Onanirt sehr. Es schliesst sich dann ein maniakalischer Zustand an. Er singt, pfeift, tanzt. Auch Nachts sehr unruhig. Begeht allerlei Thorheiten. Er redet von allerhand Fürstlichkeiten und anderen hochgestellten Personen, meist aber verworrenes Zeug. 1890 zeigt er ein commandirendes Wesen. Seine wirren Reden bleiben bestehen. Er schreibt zeitweise die unsinnigsten Briefe. Läuft immer wild im Garten umher und ruft die Namen der Strassenbahnstationen aus. Seine Hauptbeschäftigung besteht in Masturbiren. Seine Briefe zeigen auch in den nächsten Jahren einen Mischmasch von lauter abgerissenen Sätzen. 1895 arbeitet er fleissig in der Gärtnerei. 1898 ist seine Stimmung sehr wechselnd. Bald lacht er, bald schimpft er. Er läuft im Trabe im Anstaltsgebiet umher und verlangt seine Entlassung. In den ruhigen Zeiten ist er ein fleissiger Arbeiter. 1901 leichte Erregung, Heiter. Ist äusserst gesprächig, ideenflüchtig, lärmend. Er schwatzt fortgesetzt, schreit, singt und treibt allerlei Unfug. Macht bei allem seine Bemerkungen und ist nicht zu fixiren. Die Erregung klingt im Juni ab, doch schliesst sich ein etwas planloses Verhalten noch an. Darauf wird er stumpf und theilnahmslos, doch arbeitet er fleissig. Im grossen und ganzen ziemlich abweisend. Im September 1904 grosser Erregungszustand. Seitdem wechselt die Stimmung sehr; bald freundlich, bald abweisend. Bei den Besuchen seiner Angehörigen ganz indifferent.

Jetziger Befund: Jetzt ist er zeitlich und örtlich genau orientirt. Weiss über seine Umgebung gut Bescheid. Kennt sämmtliche Aerzte. Ueber politische Ereignisse, sogar über Einzelheiten gut unterrichtet. Auch frühere politische Ereignisse, Kriege u. s. w. sind ihm alle bekannt. Die Antworten, die er giebt, sind nicht immer einfache Gedächtnisleistungen, sondern erfordern sehr oft eigene Combinationen. Er besitzt ein auffallend gutes Gedächtniss. Seine Merkfähigkeit zeigt keinen Defect. Seine intellektuellen Fähigkeiten entsprechen seiner Bildung. Nur geht ihm sein Urtheil über seinen eigenen Zustand völlig ab. Absolute Krankheitseinsichtslosigkeit. Er

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hält sich für völlig gesund und den Aufenthalt für unnöthig. Von seinen bisherigen Erregungszuständen und sonstigen Krankheitssymptomen will er nichts wissen, streitet sie zum Theil ab. Bemerkenswerth ist bei ihm gemüthliche Stumpfheit und Gleichgültigkeit. Er lebt wunschlos in den Tag hinein, fragt nicht, was aus ihm werden soll, will mit seinem Dasein ganz zufrieden sein und zeigt kein Interesse für seine Angehörigen. Die Vorstellung ist in solcher Unterhaltung völlig geordnet, doch etwas langsam. In seinem ganzen Gebahren macht der Patient einen etwas energielosen, aber auch verschlossenen Eindruck. Ueber Sinnestäuschungen und Wahnideen lässt sich nichts feststellen.

Fall 6. A. B., 30 Jahre alt, Magd. 28. Mai 1902 bis 31. October 1902.

Tuberculös belastet. Geistig und körperlich normal entwickelt. Mit 23 Jahren Psychose von $1^1/_2$ Jahr Dauer. 6 Jahre später zweite Attaque: Depression. Angst. Hallucinationen. Nach Ablauf der Psychose (ca. 1 Jahr) sonderbares Wesen, ständiger Stellungswechsel.

Anamnese: Vater und Mutter an der Schwindsucht gestorben. Patientin hat sich körperlich und geistig normal entwickelt. Sie wurde als Kind häufig von ihrer Stiefmutter misshandelt. Vor 6 Jahren war sie schon einmal geisteskrank in der Anstalt und wurde nach $1^1/_2$ Jahren geheilt entlassen. Im März 1902 wurde sie sehr niedergeschlagen und ängstlich. Es bestanden Versündigungsideen. Zeitweise Hallucinationen. Die Menses setzten aus.

Status: Körperlich: Mittelmässig gross. Mittelmässig genährt. Blass. Ohrläppchen etwas angewachsen. Schädel symmetrisch. Auf dem Kopfe in der Gegend der hinteren Fontanelle eine kleine Delle und ein knopfartiger Vorsprung am Knochen. Fall in den Keller als Kind. Patellarreflexe lebhaft. Sonst keine Besonderheiten.

Psychisch: Zeitlich und örtlich orientirt. Krankheitseinsicht. Intelligenz völlig intact. Leicht zum Weinen geneigt, glaubt aber doch, dass Hoffnung auf Genesung für sie bestehe. Verstimmung hält lange an. Mit der Zunahme von Körpergewicht nicht mehr so gedrückt und traurig. Sie arbeitet fleissig und schreibt bald ruhige und sachliche Briefe. In diesem Zustande entlassen.

Nach der Entlassung versuchte Patientin wieder in Stellung zu gehen. Der Erfolg war aber kein günstiger: „Auf Grund ihrer Nervosität und Grübelei" musste sie sehr oft ihre Stellung wechseln. Sie war äusserst reizbar und misstrauisch in ihrem ganzen Benehmen. Auch ihre körperliche Constitution ist sehr mangelhaft.

Fall 7. F. B., 33 Jahre alt, Haussohn. 1. April 1902 bis 9. October 1903.

Keine Heredität. Geistig und körperlich normal entwickelt. Mit 12 Jahren Gelenkrheumatismus mit Herzfehler. Mit 17 Jahren 1. Attaque: Angst. Depression. Stimmungswechsel. Incohärenz. Hallucinationen. Maniakalisch. Nach einem Jahre Besserung. Dann 2. Attaque, der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich zwei Jahre später nach vorübergehender Besserung die 3. Attaque mit katatonen Symptomen anschloss. Fünf und sechs Jahre später 4. und 5. Attaque: Angst. Depression. Hemmung. Seit Jahren frei von psychotischen Symptomen. Stumpf. Interesselos. Urtheilsschwacher mechanischer Arbeiter.

Anamnese: Patient hat sich körperlich und geistig gut entwickelt. Ueber Erblichkeit nichts bekannt. Ausser einem Gelenkrheumatismus vor 5 Jahren mit zurückgebliebenem Herzfehler und Masern vor 3 Jahren hat er weitere Krankheiten nicht gehabt (d. h. vor der ersten Aufnahme). In der Schule soll er sich stets vor anderen ausgezeichnet haben. Auch nachher war er stets brav, arbeitssam und zeigte sich recht befähigt.

Im März 1887 bemerkten die Eltern eine Veränderung in seinem Wesen. Er sass oft in sich versunken da, klagte über zeitweilige Angstanfälle, besonders während des Essens, wo er dann aufsprang und schreiend im Hause, auf dem Hof und in den Ställen umherlief. Auf Fragen hört er nicht. Er wurde in den Zwischenzeiten dieser Angstanfälle in sich gekehrt und verschlossen. Arbeiten, die er vorhatte, liess er unvollendet. Er versteckte sich, wenn Menschen ins Haus kamen. Die Anfälle kehrten öfter dreimal des Tags wieder und dauerten bis zu 3 Stunden. Hallucinationen und dergl. sind nicht an ihm wahrgenommen. Der Patient wurde dann im Juli 1887 zum ersten Male in die hiesige Anstalt aufgenommen.

Körperlich: Er zeigte sich als ein für sein Alter genügend grosser und kräftig gebauter Mensch von ganz gutem Ernährungszustande. Am Herzen über der Aorta ein diastolisches Geräusch. Herz nach beiden Seiten verbreitert. Puls mässig frequent, unregelmässig, manchmal dikrot, dabei celer, mässig kräftig. Sonst bietet er auch nach nervöser Seite hin keine Abnormitäten.

Psychisch bot er einen apathisch niedergeschlagenen Gesichtsausdruck. Bei längerem Ansehen fing er an zu lachen. Versteckt sich. Fragen beantwortet er richtig, lacht manchmal dazwischen unmotivirt. Klagt über eigenthümliches Gefühl in der Magengegend. In den nächsten Monaten bietet er immer ein ängstlich unruhiges Wesen, dann ständigen Wechsel zwischen Lachen und Weinen. Jammert bald, bald treibt er allerlei kleine Neckereien und macht dazu ein übermüthiges Gesicht. Spricht viel von religiösen Dingen, von der Bibel, von der Seligkeit. Aeussert Selbstanklagen. In seinen Reden zeigt er dann Incohärenz, flickt Stellen aus der Bibel und den Gesangbuchversen ein. Wenn etwas seine Aufmerksamkeit erregt, hört er eine Zeitlang auf zu jammern, dann fängt er bald wieder an: „Sie wollen mir den Kopf abschlagen“ und „Ich habe doch keinem was gethan“! Onanirt sehr viel. Seine Aufmerksamkeit ist durch Fragen nur einen Augenblick zu gewinnen. Dann beginnt die alte Litanei. Wird sich über seinen Zustand unterhalten, so hört er aufmerksam zu. Er hallucinirt; er selbst streitet aber die Hallucinationen ab. (Diagnose: Manie.) Wird im März 1888 ungeheilt entlassen.

Nach seiner Entlassung war er dann bei den Eltern. Ueber den Zustand

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daselbst, was er getrieben, ist nichts bekannt. Aber soviel ist sicher, dass er in der ganzen Zeit einen gegen früher veränderten Eindruck machte. In letzter Zeit hat er wieder an starken Angstanfällen gelitten. Er lief umher, schrie und klagte unaufhörlich.

Deswegen August 1889 wieder aufgenommen. Bietet dasselbe Bild wie das erste Mal, zeigt aber bald Interesse für kleine häusliche Arbeiten und wird im Februar 1890 gebessert nach Hause entlassen.

Zu Weihnachten 1890 verschlimmerte sich sein Zustand wieder und wurde durch sein unruhiges, Zerstörungssucht zeigendes Wesen äusserst belästigend. Deswegen im März 1891 zum dritten Mal aufgenommen. Verhält sich diesmal ruhiger. Steht meist ohne sich zu beschäftigen im Corridor oder in einer Ecke des Zimmers. Grinst, wenn er angeredet wird. Ist anscheinend sehr zufrieden. Auf seine Bitte mit zur Arbeit, arbeitet auch ganz fleissig im Garten und im Felde. Schreibt ganz nette Briefe nach Hause und wird im September 1891 gebessert nach Hause entlassen.

Dort zeigte er das gleiche apathische und gleichgültige Wesen bis zum Jahre 1895. Da traten wieder Angstzustände auf. Er wollte sich das Leben nehmen. In den ruhigen Intervallen sass er brütend da, ohne Neigung zu irgend welcher Beschäftigung.

Deswegen im November 1895 wieder aufgenommen. Verhält sich hier allerdings ziemlich ruhig. Es werden Angstzustände und Beklemmungen hier nicht beobachtet. Ist trotz mehrfacher Versuche nicht zur Arbeit zu bewegen. Er habe nicht nöthig, hier zu arbeiten. Zu Aeusserungen über etwaige Wahnideen und Hallucinationen ist er nicht zu veranlassen. Beschäftigt sich häufig mit Lesen. Schreibt von Zeit zu Zeit ganz verständige Briefe an seine Eltern. Im Gespräch sehr zurückhaltend und einsilbig. In diesem Zustande wird er im Juni 1896 entlassen.

Zu Hause keine Aenderung. Aus den gleichen Anlässen wie vorher im April 1902 fünfte Aufnahme.

Körperlich s. o. Psychisch: Bei der Aufnahme sehr ängstlich und deprimirt. Giebt gar keine Auskunft. Klagt leise vor sich hin über Angst und schwere Gedanken. Bedeckt mit den Händen oft das Gesicht. Es macht dabei sein Gebahren einen etwas gezierten Eindruck. Seine Bewegungen sind langsam und gehemmt. Geht mit zur Arbeit, dabei recht still, verschlossen, spricht mit Niemandem. Hält meist die Hände vor das Gesicht wie ein schüchternes Mädchen. Dies wenig zugängliche Wesen bleibt auch in den nächsten Monaten. Der Vorstellungsablauf ist immer etwas verlangsamt. Die Aufmerksamkeit ist rege. Das Auffassungsvermögen ist ein gutes. Die Antworten erfolgen meist in wortkarger Weise in kurzen abgerissenen Sätzen oder Satztheilen. Die Sprache ist dabei sehr leise und kaum verständlich. Die Stimmung ist entschieden eine sehr gedrückte. Patient steht meist traurig umher, ist dabei recht stumpf. Schenkt den Vorgängen in seiner Umgebung nur recht wenig Beachtung. Sagt selbst, er sei etwas geistesschwach. In seinem Verhalten ist er reinlich; besorgt sich selbst. Auch im Anfang des Jahres 1903 still in sich gekehrt, ohne

Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Interesse, stumpf, verrichtet aber die ihm aufgetragenen Arbeiten, muss dabei aber immer ermuntert werden. In diesem Zustande 1903 October entlassen.

Er beschäftigt sich zu Hause seitdem mit kleineren Haus- und Feldarbeiten. Wesentliches, wie man nach seiner Constitution erwarten könnte, leistet er nicht.

Fall 8. A. A., 25 Jahre alt. Müller. 19. März 1904 bis 2. Februar 1905.

Schwer belastet. Kindheit und Jugend ohne Besonderheit. Mit 18 Jahren acute Verwirrtheit. Nach deren Ablauf stumpf und albern. Gegen früher sehr verändert. Sechs Jahre später zweite Attaque: Erregung. Angst. Incohärenz. Maniakalisch. Hemmung. Maniakalisch. Nach Ablauf der Psychose (seit 2 Jahren) urtheilsschwacher mechanischer Arbeiter ohne Interesse und Initiative.

Anamnese: Mutter und Vater der Mutter geisteskrank gewesen. Patient: Kindheit und Jugend o. B. Auch später stets fleissig, solide und verträglich. Anfang November 1897 acute Verwirrtheit nach einem vorhergegangenen Streit. Unruhe, machte dummes Zeug, lief fort. Zeitweise wurde Unruhe zur Tobsucht mit Zerstörungstrieb. Ab und zu ruhige und klare Momente.

6. November 1897. Aufnahme in die hiesige Anstalt. Er zeigte hier folgendes Verhalten.

Körperlich gross, mässig genährt, leichte Spitzenaffection, sonst o. B. Ohrläppchen angewachsen, Zunge nach rechts, Uvula nach rechts, rechter Gaumenbogen bleibt zurück.

Psychisch: Orientirt. Meist stumpf und theilnahmslos, stierer Blick. Befehlsautomatie und Katalepsie. Ruhiges Verhalten wechselt mit Erregungszuständen, dann incohärente Reden. Allmählich wird er läppisch und albern in seinem Benehmen, zeigt oft ein unmotivirtes Lächeln, grimmassirt öfter. Mit der Zeit gelingt es, ihn mit zur Arbeit zu nehmen. Auch dort völlig interesselos, allmählich fleissiger. 11. April 1898 entlassen.

Zu Hause mit der Zeit besser, doch nicht wieder so wie früher. Vor 2 Jahren Lues; Lungenspitzen frei. In letzter Zeit neue Verschlimmerung: aufgeregt, streitsüchtig und gewaltthätig; Excesse in baccho; unsinnige alberne Reden.

19. März 1904 zweite Aufnahme. Hier bot er folgendes Bild: Angst, motorische Unruhe; Incohärenz mit Metamorphose in seinen Reden; gehobene Stimmung: lacht viel, macht allerhand Dummheiten und Witze, begrüsst alle Leute als gute Freunde. Oft sehr derb in seinen Spässen und ungeordnet. Bedarf dauernder Beaufsichtigung. Entwirft die unsinnigsten Heirathspläne, motivirt seine Aeusserungen und Handlungen in der albernsten Weise. Nach einiger Zeit wird er stumpf in seinem Verhalten; zeitweise deutliche Hemmung; Vorstellungsablauf, vorher beschleunigt, wird auffallend verlangsamt. — In einiger Zeit wechselt das Bild wieder: von Neuem ungeordnet und unruhig; lacht fortwährend und macht allerhand Thorheiten. Nach langer Zeit nicht mehr so unnütz, heiter, geht mit zur Arbeit, zeigt sich ver-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

träglich. Nach $^1/_4$ Jahre bei seinem Fleiss sehr still, hält sich immer abseits, gegen die Aerzte abweisend. Wird mit der Zeit aber stumpf, zeigt wenig Affect, nur geringes Interesse. In diesem Zustande plötzlich vom Vater abgeholt.

In letzter Zeit hat Patient die Arbeit wieder aufgenommen. Er kann aber nur unter der Aufsicht seines Vaters arbeiten und arbeitet immer nur langsam. Er muss ständig dazu angehalten werden. Er wird nicht mehr so bösartig wie früher. Oft steht er eine Zeit lang in Gedanken still oder lehnt längere Zeit seinen Kopf in die Hand. Angeredet geht er dann wieder an die Arbeit. An Körpergewicht hat er abgenommen.

Fall 9. J. S., 22 Jahre alt, Haustochter. 13. Februar 1904 bis 3. Juni 1904.

Keine Heredität. 7 Monatskind. Als Kind chronischer Darmkatarrh. Mit 16 Jahren nach Nothzuchtsverbrechen erste Attaque: Erregung, Angst, der $1^1/_2$ Jahre später eine zweite gleiche und weitere $1^1/_2$ Jahre später eine ebensolche dritte folgte. Mit 22 Jahren vierte Attaque: Motorische Unruhe. Ideenflucht. Incohärenz. Kataton. Stimmungswechsel. In den letzten 2 Jahren frei von psychotischen Symptomen. Stumpf und interesselos.

Anamnese: Keine Heredität. Patientin 7 Monatskind; als Kind: chronischer Darmkatarrh. Im Alter von 16 Jahren an ihr ein Nothzuchtsverbrechen verübt (thätlich missbraucht). Seitdem scheu, ängstlich und still. Seitdem jetzt vierter Anfall von Geistesstörung. Erster direct nach dem Verbrechen, zweiter nach $1^1/_2$ Jahren; jedes Mal sehr ängstlich und aufgeregt, nicht gearbeitet, umhergelaufen, viel geweint, immer von dem Ueberfall gesprochen. Nach weiteren $1^1/_2$ Jahren dritter Anfall. Dasselbe Bild von Angst und Unruhe; planloses Umherirren. In den Zwischenzeiten habe sie sich wieder leidlich gut gemacht. Zu Beginn des Januar 1904 vierter Anfall: Schlaflosigkeit, Zerstörungstrieb.

Körperlich: Gesundes Aussehen, keine hysterische Stigmata; Gesichtsasymmetrie. Steiler Gaumen. Ohrläppchen angewachsen, herabgesetzte Schmerzempfindung.

Psychisch: Orientirt. Motorische Unruhe. Ideenflucht mit Incohärenz und mit Metamorphose. Neigung zu Agramatismus und Begriffsassociation; Perseveration der Redensarten. Stimmung: wechselnd, oft depressiv, oft heiter, doch immer oberflächlich. Zeitweise motorische Unruhe. Dauerbad. Benehmen vorübergehend: läppisch, albern. — Deutlicher Rückgang der Intelligenz: kein Bestreben, neue Eindrücke in sich aufzunehmen. Kennt keine neue Menschen (wie früher); neue Eindrücke haften nicht mehr so gut. Unfähigkeit, auch nur einen kurzen Gedankengang innezuhalten, sich für eine Vorstellung zu concentriren, wird von ihr selbst empfunden; kann nicht die einfachsten Combinationen bilden, die kleinsten Rechenaufgaben lösen, Monatsnamen rück-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wärts nenn etc. Vorstellungsablauf verlangsamt. Völlig apathisch und interesselos. Nahrungsaufnahme gering. So entlassen.

Zu Hause trat bis jetzt keine wesentliche Veränderung ein. Das Gedächtniss für frühere Sachen, auch für die Göttinger Zeit, ist erhalten. Die Stimmung ist immer traurig; sie spricht viel von Sterben, hat für nichts Interesse. Am liebsten liegt sie zu Bett und ist dann schwer zum Aufstehen zu bewegen.

Die in diesem Abschnitt angeführten Fälle habe ich in zwei Rubriken eingetheilt, und zwar darnach, ob sich die Patienten noch in einer Anstalt befinden oder bereits entlassen sind.

Fassen wir zunächst alle Fälle zusammen in's Auge. Das gemeinschaftliche Moment ist: abgesehen von der Erkrankung in der Pubertät eine Neuerkrankung, neue Attaque in früherer oder späterer Zeit. Besonders hervorheben möchte ich bei der ersten Attaque den Umstand, dass dieselbe verhältnissmässig kurze Zeit gedauert hat und dass sich die Kranken trotzdem nicht ganz wieder erholt haben.

Zunächst ein Vergleich der Zustandsbilder der Gruppe III und Gruppe II. Eine Differenz würde womöglich die Verschiedenartigkeit des Ausgangs erklärlich erscheinen lassen. Vor Allem kommt dabei die erste Attaque in Betracht. Bei genauer Prüfung kann man eine Differenz im Charakter der Fälle nicht feststellen, auch kann man nicht einen gradweisen Unterschied machen. Man konnte auch hier feststellen, dass bei der Erkrankung in erster Linie das Urtheil leidet und die Aufmerksamkeit gemindert wird; dass das Gefühl stark in Mitleidenschaft gezogen ist; dass das Bewusstsein gewöhnlich klar, die Orientirung erhalten ist. Erregungs- und Depressionszustände lösen einander ohne jede Regel ab. Wahnideen treten bald mehr, bald weniger hervor. Hallucinationen fehlen in keinem Fall. Es lässt sich zu diesen Zustandsbildern kein Wort mehr gegen Gruppe II hinzufügen. Es ist mithin absolut unmöglich, aus dem jeweiligen Zustandsbilde der ersten Attaque die Prognose des jeweiligen Falles herauszulesen.

Was den weiteren Verlauf der Fälle anlangt, so muss man unterscheiden, ob die Individuen zur Zeit noch in der Anstalt sind, resp. in der Freiheit leben. Bei den erstgenannten treten die zurückleibenden Symptome vielleicht weniger deutlich hervor.

Es bleibt bei jedem der Fälle zurück: zunächst eine Schwäche des Urtheils, die sich vor Allem in der Verkennung ihrer jeweiligen Lage, vor Allem in der Einsichtslosigkeit gegenüber ihrer Leistungsunfähigkeit erkennen lässt, ferner die Störung des Gefühls, die sich in einer überaus grossen Reizbarkeit zeigt, zuletzt die Hauptschädigung: das Fehlen jeglicher Initiative; die geistige Selbsständigkeit geht verloren.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diese genannten Symptome steigern sich gradweise nach jeder neuen Attaque. Sie treten, wie gesagt, bei Fällen, die in der Anstalt leben, weniger klar hervor. Besonders hinweisen möchte ich hier noch auf Fall 4. Auf den ersten Blick möchte man hier von einem geistigen Stillstand reden; gewiss ähnelt der Fall einem solchen sehr. Aber es tritt hier doch noch besonders das Fehlen jeglichen eigenen Antriebs hervor, und zwar in einem sehr hohen Maasse. Dasselbe gilt von der Urtheilsschwäche. Der Kranke hat noch einen verhältnissmässig guten Wissenschatz. Doch verrathen seine Kenntnisse grosse Lücken und grosse Oberflächlichkeit. Beides erklärt sich sehr einfach aus dem Mangel an jeglichem Interesse. Differential-diagnostisch gegen den einfachen Stillstand ist vor Allem wichtig: dass auch jetzt immer noch Hallucinationen, also psychotische Symptome bestehen, mithin der Process immer noch nicht als abgelaufen betrachtet werden kann, also eine weitere Verschlimmerung in Form weiteren Defectes und gradweiser Steigerung der schon bestehenden möglich, vielleicht sogar wahrscheinlich ist.

Der Patient des Falles 5 ist noch gut orientirt über sich und seine Umgebung. Das Gedächtniss weist noch keine wesentlichen Lücken auf, auch die Merkfähigkeit zeigt noch keine Defecte. Auch sind es nicht nur Gedächtnisssachen, die er noch beherrscht, sondern er ist auch noch in der Lage, eigene Combinationen zu bilden. Am stärksten geschädigt ist sein Urtheil und die gemüthliche Seite. Vollkommen wunschlos lebt er dahin; keine Spur von Interesse für Familie resp. Angehörige. Im Ganzen ist er stumpf, theilnahmlos und abweisend. Nach seines Vaters Ansicht beschäftigt er sich noch fleissig, allerdings nur mechanisch. Von Initiative keine Spur. Hält man ihn nicht zur Arbeit an, so thut er auch nichts.

Für die enorm lange Dauer (seit 88) ist der Defect noch relativ gering. Immerhin ist bei den schweren Erregungszuständen, die bei ihm von lebhaften Hallucinationen begleitet sind und auch beweisen, dass der Process noch nicht abgelaufen ist, ein weiterer Rückgang der Intelligenz nicht nur nicht ausgeschlossen, sondern sogar wahrscheinlich.

Nun die Fälle, die zur Zeit ausserhalb einer Anstalt leben. Zunächst Fall 6: Die Auskunft lautet jetzt: Patientin nahm ihre frühere Beschäftigung mit keinem günstigen Erfolge auf, denn sie muss auf Grund ihrer Nervosität leider sehr oft ihre Stellung aufgeben. Dabei hat ihr ganzes Benehmen eine starke Reizbarkeit und ist Patientin immer der Ansicht, dass jeder Dritte in ihr eine schlechte Person sieht. Hieraus kann man wohl schliessen, dass der Prozess auch noch nicht ganz abgelaufen ist, dass die Kranke zeitweise immer noch unter Hallu-

Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

cinationen zu leiden hat. Dann fügten später die Angehörigen noch hinzu, dass sie wohl wieder einer Heilanstalt zugeführt werden müsste. Dieses Moment kommt auch bei Fall 7 in Betracht. Die Kranke spricht gelegentlich viel vor sich hin, will auch Geräusche hören, die andere nicht hören.

Fall 8 und 9 zeigen keine floriden Erscheinungen mehr. Aber hier treten schon gröbere Defecte auf. Es wird im Fall 7 extra vom Vater spontan vermerkt, dass Rechnen und Schreiben bei ihm mehr und mehr Lücken aufweisen. Ferner sind noch erwähnenswerth die katatonen Symptome. Bei Fall 8 zeigt sich der Rückgang der Intelligenz noch klarer: „Sie kann nicht die einfachsten Combinationen bilden, nicht die kleinsten Rechenexempel lösen, die Monatsnamen nicht mehr rückwärts nennen.

Sämmtliche Fälle dieser Gruppe III zeigen gegen die der Gruppe II einen sehr grossen Unterschied und zwar den: die Individuen der Gruppe III sind nicht mehr sozial brauchbar, ihre ganze psychische Persönlichkeit ist gegen die Zeit vor der Erkrankung eine andere geworden. Dies letzte Moment wird von den Angehörigen immer wieder ganz spontan hervorgehoben.

Die Kranken büssen nach jeder Attaque mehr und mehr von ihrer Intelligenz ein. Ganz im Gegensatz zu den Kranken der Gruppe II zeigen sie schon nach der ersten Attaque absolut keine Initiative, sich zu beschäftigen, d. h. in der Weise, wie früher, wodurch sie sich seiner Zeit den Lebensunterhalt erwerben konnten. Gewöhnlich wird von den Angehörigen doch der Versuch gemacht; doch es zeigt sich bald, dass der innere Trieb fehlt, dass aber auch das eigentliche Verständniss für die betreffende Beschäftigung verloren gegangen ist, und dass ihre auffallende Reizbarkeit ein Haupthinderniss mit ist für eine geregelte Thätigkeit. Nach den ersten Attaquen beschäftigen sich die Kranken wohl noch leidlich, sie sind aber schliesslich nur noch die reinen Arbeitsmaschinen. Mechanisch leisten sie das ihnen Aufgetragene unter der nöthigen Controlle und Aufsicht und ständigen Ermunterung. Schliesslich geht auch das Wenige noch verloren und sie verbringen ihren Rest Arbeitskraft ganz nutzlos oder sie verwerthen ihn überhaupt nicht mehr.

Bei allen Stadien kann man aber noch ein Erhaltensein der Besonnenheit und Orientirung constatiren. Die Aufmerksamkeit und die Initiative wie auch das Urtheil sinken nach jeder neuen Attaque auf ein tieferes Niveau. Dass die Defecte soweit gehen, dass selbst Rechnen, Schreiben etc. leidet, hat man seltener. Aber wie Fall 8 und 9 zeigen, ist ein solcher Ausgang auch möglich.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ich kann mich durchaus nicht der Ansicht von Bertschinger anschliessen, dass gerade die Fälle, die in Attaquen verlaufen oder anders gesagt, die Remissionen zeigen, immer zu der tiefsten Verblödung führen. Unsere Fälle sprechen jedenfalls dagegen.

Wenn man sich das Bild dieser Kranken nochmals vergegenwärtigt, so erinnern sie durch ihre Wunsch- und Bedürfnisslosigkeit, durch das Fehlen von Initiative und Interesse, durch den Mangel an Aufmerksamkeit und durch die Denkträgheit, vor Allem durch ihre Urtheilsschwäche an die Idioten mittleren Grades oder Imbecillen. Gegen die Idioten schwereren Grades, die eigentlichen Idioten, unterscheidet sie das Erhaltensein der Orientirung und der Besitzstand eines, wenn auch geringen, erworbenen geistigen Capitals.

Die Individuen, die ca. am Ende des zweiten oder Anfang des dritten Lebensdeceniums stehen, entsprechen in ihren geistigen Fähigkeiten im Allgemeinen ganz einem 6—8jährigen Kinde: sie leben triebartig dahin und lassen sich durch Furcht vor Strafe, Hoffnung auf Belohnung etc. gewöhnlich rein äusserlich reguliren.

Warum verlaufen diese Fälle nun so ungünstig im Vergleich zu denen der Gruppe II? Darüber lässt sich, wie schon oben erwähnt, nichts Sicheres sagen. Etwas in die Augen springt das Moment, dass die Fälle der Gruppe III meist stärker belastet sind. Ferner möchte ich an dieser Stelle einen Umstand nicht unerwähnt lassen, dass die späteren Attaquen, gewöhnlich auch schon die zweite, im Vergleich zu den ersten fast durchweg mit Regelmässigkeit katatone Symptome darbieten; und je ständiger und anhaltender diese werden, um so trauriger gestaltet sich das jeweilige End-Zustandsbild des Falles. Gerade dieses Moment zeigt sich noch deutlicher bei den Fällen der folgenden Gruppe IV.

Im Anschluss an diesen Theil möchte ich einen Fall erwähnen, den ich als Beispiel für eine besondere Art von Jugendirresein anführe.

C. M., 22 Jahre alt, stud. theol. 31. October 1902 bis 15. Juni 1903.

Belastet. Körperlich und geistig normal entwickelt. Bisher stets gesund. Schwer gelernt. Mit 22 Jahren acut erkrankt: Hallucinationen, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Seit Jahren vorübergehend tagelang verwirrt mit depressiver Stimmung und katatonen Symptomen. Dann wieder vorübergehend ganz klar. Kein Intelligenzdefect.

Anamnese: Schwester des Vaters hysterisch. Mutter litt an Hirntumor, starb im 5. Monat der Gravidität an Krämpfen. Vater Sonderling. Patient als Kind immer gesund. Lernte schwer in der Schule, machte nur mit Mühe sein

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Abiturientenexamen, zeigte jedoch für alles Interesse, las viel, aber oberflächlich. Auf der Universität wenig Interesse für sein Fachstudium. Mässiger Alkoholgenuss. Unregelmässiges Leben. Nächtelang gearbeitet.

Status. Körperlich: Gross, kräftig, gut genährt. Auffallend grosse Hände. Ohrläppchen angewachsen. Ohrmuschel mangelhaft ausgebildet. Rechts ausgesprochenes Spitzohr. Schmales Gesicht, lange spitze Nase. Schilddrüse vergrössert. Mechanische Muskelerregbarkeit gesteigert. Kniephänomen beiderseits gesteigert.

Psychisch: Bei der Aufnahme mangelhaft orientirt. Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Lebhafte Reden. Er erzählt sehr weitschweifig und ist nur mit Mühe zu fixiren. Vorübergehend sehr unruhig, zeigt Sucht alle greifbaren Gegenstände zu zerstören. Nahrungsaufnahme wechselt sehr. Hallucinationen im Sinne der Verfolgung vorübergehend lebhaft. Zeigt im Ganzen ein manierirt-theatralisches Wesen, macht fortwährend Pantomimen und Gesten, grimassirt, trägt stets gleichgültigen, manchmal auch gespannten Gesichtsausdruck. Nach einiger Zeit entschieden ruhiger und klarer und besser orientirt, steht aber immer noch unter Einfluss von Hallucinationen. Nach kurzer Zeit wechselt die Stimmung. Auffallend vergnügt und heiter. Vorübergehend treten aber wieder noch Erregungszustände mit schweren Hallucinationen beeinträchtigenden und verfolgenden Charakters, auf; vorübergehend sogar hochgradige Angst. Hypnose spielt bei seinen Ideen eine grosse Rolle. Dauernd incohärente und ideenflüchtige Reden. Bei den verschiedensten Besuchen seiner Angehörigen völlig unverständige Reden; zeigt kein Interesse für dieselben. Hallucinationen, Angst, lebhafte Unruhe wechseln sich dauernd ab. Vorübergehend völlige Verwirrtheit. Nach 7—8 Monaten freier und geordneter, beschäftigt sich auch ab und zu mit etwas Lectüre, macht allerlei Zukunftspläne und ist hoffnungsfreudig gestimmt; dann plötzlich völliger Umschlag. Deutlicher Intelligenzdefect bislang nicht nachweisbar.

Am 15. Juni 1903 in eine Privatanstalt überführt, in der er sich noch heute befindet.

Von jetzt ab wechselt das Bild immer in der gleichen Weise; es kommen Tage bis Wochen, wo Patient völlig verwirrt, absolut nicht zu fixiren ist, vollkommen incohärente Reden führt, immer vor sich hin spricht, sehr unruhig wird, stets hallucinirt. Die Stimmung ist meist eine deprimirte oder auch stumpf und gelegentlich albern, läppisch. Gelegentlich Nahrungsverweigerung. Stets automatenhafte stereotype, theatralische Haltungen. Clownartiges Verhalten. Dann wird Patient auf kürzere Zeit (1 Tag bis 2 Wochen) völlig klar, kann sich aller Vorkommnisse und Gespräche während seines Verwirrungszustandes entsinnen. Weiss, was er gesagt und gethan hat. „Es schiesse ihm so durch den Kopf, er müsse dann so thun". Schildert seinen durchgemachten Zustand ganz richtig. Erklärt stets, dass er keine körperliche Beschwerden dabei habe. Nach der überwundenen Attaque fährt er sogar in der Lectüre genau an der Stelle fort, wo er vor der Verwirrtheits-Attaque aufgehört hat: das Gleiche kann man bei einer schriftlichen Abhandlung bemerken, die dann völliges Intactsein der Aufmerksamkeit und keine Urtheilsschädigung verräth.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

So hat sich der Zustand bis heute (in 3 Jahren) nicht geändert. In den luciden Intervallen lässt sich ein Intelligenzdefect nicht feststellen. Es ist jedoch dabei nicht zu vergessen, dass Patient eben in einer Anstalt, dass also noch nicht festgestellt ist, dass er social brauchbar und ob er den Ansprüchen des Lebens gewachsen ist. Ein Leben ausserhalb ist bei den so oft auftretenden Attaquen nicht möglich. Das muss aber festgestellt werden, dass bei einem solchen Auftreten von Jugendirresein der Patient also jahrelang an diesen Erscheinungen leiden kann, ohne dass es zu einer ausgesprochenen Verblödung kommt. Andererseits sind aber Heilungen bei solchen Fällen auch noch nicht beobachtet.

Dabei möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass Epilepsie mit Sicherheit auszuschliessen ist, ebenso etwa eine Form der circulären Psychose.

Von Remissionen im eigentlichen Sinne, wie wir sie in Gruppe III sehen, kann man hier eigentlich nicht reden, da die luciden Intervalle zu kurz sind.

Der genannte Fall ähnelt sehr den beiden Fällen, die Binswanger in Halle 1904 als Beispiel für incohärente Erregung anführte. Auch sie wiesen keinen intellectuellen Defect auf. Einen ähnlichen Fall beschrieb ferner vor Kurzem Gregor als intermittirendes Irresein (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63. S. 417).

Theil IV.

Psychosen in der Pubertät, die in verhältnissmässig kurzer Zeit zur Verblödung führten.

Fall 1. K. W., 45 Jahre alt, cand. med. 7. Juli 1883. — X.

Ein jüngerer Bruder epileptisch. Patient bisher gesund, gut veranlagt. Leicht erregbar. Mit 22 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Selbstvorwürfe. Depression. Hallucinationen. Hemmung. Im Lauf der Jahre völlig stumpf und theilnahmlos. Seit einigen Jahren völlig verblödet.

Anamnese: Ein jüngerer Bruder litt vor einem Jahre an Epilepsie. Patient war als Kind gesund, gut veranlagt, stets lebhaft, leicht erregbar. Bis vor einem halben Jahre soll er an Herzklopfen gelitten haben. April 1883 fiel er den Eltern durch eigenthümlichen Blick auf. Viel Selbstvorwürfe. In einem solchen Zustande in das M. Krankenhause aufgenommen. Die heftigsten Selbstvorwürfe. Angst vor Syphilisrecidiv. Starke Onanie. Mehrfache Suicidversuche. Aufnahme in die M. Irrenanstalt. Daselbst unverändert. Oft ganz unzugänglich. Verweigert die Nahrung. Viel Hallucinationen. Im Juni nach D. abgeholt. Auch dort hallucinirte er. Er wurde immer stiller und schweigsamer und äusserte noch ständig Selbstvorwürfe.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Status: Körperlich: Mittelgross, gut genährt. Völlig normaler Befund.

Psychisch: Er verhält sich im Allgemeinen ruhig. Die Nahrungsaufnahme ist etwas erschwert. Er hört Stimmen, spricht sich darüber aber nicht aus. Verhält sich abweisend und still. Vorübergehend ist er ängstlich. Angina als Syphilisrecidiv, das unter Jodgaben verschwindet. Er wird mit der Zeit immer theilnahmloser, spricht viel vor sich hin. Er isst schlecht und rekelt sich mit Vorliebe auf allen Bänken umher, namentlich auf den Fensterbänken. Schimpft viel, redet und lacht vor sich hin. 1898 sitzt er stumm da, das Gesicht mit einer Hand bedeckend und giebt auf Fragen keine Antworten mehr. Auch in den nächsten Jahren sitzt er meist ruhig und theilnahmlos in irgend einer Ecke, die Mütze vor's Gesicht gehalten. Dauernd katatone Symptome: stereotype Bewegungen, Mutacismus, Katalepsie etc. Er ist gänzlich theilnahmlos. Hat keinerlei Neigung zu Beschäftigung. Ein Gespräch ist kaum mit ihm zu führen. Meistens brummt er als Antwort unverständliches Zeug, bisweilen geräth er in Erregung und schimpft laut. Auch 1899 völlig theilnahmlos. Auf Fragen nach seinem Befinden antwortet er ständig: „Gut!" Schimpft zuweilen plötzlich los und haut sich selbst mit grosser Kunstfertigkeit und Schnelligkeit mehrere Ohrfeigen herunter. September 1899 Fluchtversuch. Abends wieder zurückgebracht. 1901 bietet er ständig das gleiche Verhalten. Hochgradig stumpf, ohne jedes Interesse für seine Umgebung. Schimpft vor sich hin. Scheint zu halluciniren. Sonst ist nichts von ihm zu erfahren. Sehr unsauber und unordentlich in der Kleidung. Zu einer Beschäftigung nicht zu gebrauchen. Macht einen recht blöden Eindruck. Auch 1903 schlägt er sich beim Essen zuweilen noch das ganze Gesicht roth unter kreischendem Geschrei. Fühlt hin und wieder den Puls der Kranken. Auf Befragen vermag er noch einige Reminiscenzen wie: Digitalis, Aqua fontana u. s. w. aus seinem Arzneischatz hervorzubringen. Grimmassirt fortwährend. Dauernd unsauber in der Kleidung. Auch beim Essen sehr unsauber. Er sieht absolut nicht auf sich. Jetzt völlig verblödet.

Jetziger Befund: Oertlich und zeitlich nicht orientirt. Die einfachsten Rechenexempel und die landläufigsten Fragen nach Regenten, Kriegen etc. werden falsch beantwortet.

Fall 2. H. R., 36 Jahre alt, Uhrmachergehülfe. 16. November 1888—X.

Hereditär belastet. Immer empfindlich. Lernte schwer. Mit 18 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Hallucinationen. Wahnideen. Depression. Grössenideen. Erregung. Kataton. Stimmungswechsel. Stumpf. Jetzt verblödet.

Anamnese: Vater Potus. In der Familie des Vaters und der Mutter sind Geisteskrankheiten vorgekommen. Das Lernen fiel ihm in der Schule sehr schwer. Schon als Kind zeigte er sich empfindlich, leicht beleidigt, spielte lieber allein und hielt sich von seinen Mitschülern fern. Seit $^5/_4$ Jahren besonders zurückhaltend, schloss sich ohne allen Grund ein, hielt allein laute Reden und lachte vor sich hin. Körperliche Beschwerden. Der Meister hätte

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an seinen Geschlechtstheilen herumgespielt und sie wären nicht mehr in Ordnung. Dabei unthätig und unstet, leicht depressiv, weinte viel, klagte, er wäre verfolgt und würde unrecht behandelt. Daraufhin Grössenideen, er wäre Häuserbesitzer und dürfe nicht mit jedermann verkehren. Gegen die Angehörigen sehr gereizt und gewaltthätig, daher in eine Anstalt überführt.

Status: Körperlich: Mittlere Grösse. Gute Muskulatur. Gesundes Aussehen. Gut genährt. Psych.: Hier in der Anstalt auch depressiv, kümmert sich um die Umgebung garnicht. Fragen beantwortet er nur zögernd und widerwillig. Seine Aeusserungen sind nur Fragen, wann er wieder fortkomme. Er steht stumm in den Ecken umher; abweisend, unzufrieden. Zu einer Arbeit nicht zu bewegen. Dieses Verhalten bleibt Jahrelang so. Im Jahre 1893 geht er willig mit zur Arbeit, schafft aber nicht viel, macht oft während der Arbeit allerlei Unsinn, springt umher, marschirt dann wieder in langsamem Schritt, krächzt wie ein Hahn, bellt oder wiehert. Stimmung ausgelassen und heiter. In der weiteren Zeit spricht er unverständliche Worte viel vor sich hin. Etwas Besonderes kann er bei der Arbeit nicht leisten. Zeitweise sogar starke Erregungszustände, in denen er aggressiv gegen die Umgebung wird. Auch in den weiteren Jahren ohne jegliche Antheilnahme an seiner Umgebung. Stets still und stumpf, zeitweise lebhafte Hallucinationen; spricht vor sich hin. Er gilt als ein ganz interesseloser Kranker, der mechanisch seiner Arbeit nachgeht und sich um niemand bekümmert. Er grimassirt und hat Maniren.

Jetziger Befund: Gesichtsausdruck: blöde, finsterer Blick. Lacht unmotivirt. In der Gesichtsmuskulatur hier und da leichte Zuckungen. Im ganzen etwas unruhig. Dreht die Hände, die Arme, reibt die Hände aneinander etc. Seine Bewegungen sind ruckweise, ebenso seine Antworten stossweise, oft erst nach mehrmaligen Anreden. Aufmerksamkeit ist herabgesetzt. Zeitlich nicht orientirt; örtlich nur ungenau. Zweck seines Aufenthalts und Charakter dieses Ortes sind ihm nicht klar, weiss aber in der Anstalt ziemlich gut Bescheid, wie aus seiner Beschäftigung als Gärtner hervorgeht. Seine Umgebung, mit der er täglich zusammen ist, kennt er nicht. Die Angaben über seine Vergangenheit, seine Angehörigen sind sehr lückenhaft. Es fehlt ihm jegliches Interesse an der Aussenwelt. Nichts verknüpft ihn mit der Gegenwart oder mit der Vergangenheit. Gefühlsbetonungen irgend welcher Art sind bei ihm nicht vorhanden. Die Monate zählt er auf; jedoch nicht mehr rückwärts, desgl. die Wochentage. Die Zahl der Monate beträgt 24. — Februar habe 31 Tage. Weihnachtsfest würde im Februar gefeiert. Merkfähigkeit sehr herabgesetzt. Beim Sprechen viel grimassirend. Schwer zu fixiren. Ganz unsinnige Sätze lassen ihn völlig unberührt.

Fall 3. E. B., 40 Jahre alt. Student. 6. April 1889. — X.

Keine Heredität. Geistig und körperlich gut entwickelt, gut veranlagt. Mit 23 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Depression. Suicidversuche. Selbstanklagen. Kataton. Hallucinationen. Sehr bald stumpf. Jetzt völlig apathisch und gleichgültig.

Anamnese: Keine Heredität. Patient hat sich geistig und körperlich gut

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entwickelt. War ein fleissiger mustergültiger Schüler und ein guter Sohn und Bruder. Er hat meist mit seiner Mutter zusammengelebt, hatte wohl einige Freunde, doch blieb er grösserem Verkehr fern. Nachdem er das Gymnasium absolvirt hatte, besuchte er zunächst verschiedene Universitäten, um Theologie zu studiren, entschloss sich aber bald zum Studium der Philologie, da er sich zur Theologie nicht berufen fühlte. Lebte stets sehr solide, arbeitete viel, führte ein sehr zurückgezogenes Leben. Hatte stets Sorge, dass seine Existenz durch Geldmangel gefährdet sei. Las viel philosophische Schriften, die ihn mit seinen Anschauungen über Religion in bösen Conflict brachten. Er glaubte, er sei ein Mensch, der überall verachtet würde. Mehrfache Selbstmordversuche. Daraufhin in die hiesige Anstalt aufgenommen.

Status: Körperlich: Bietet nichts Besonderes.

Psychisch: Bei der Aufnahme sehr erregt. Aeussert jammernd und stöhnend Selbstanklagen. Ist bald unreinlich und nimmt seinen eigenen Koth zu sich. Ende April 1889 eine eitrige Bursitis. Stets still und zurückhaltend. Mit der Zeit wird er freundlicher und fröhlicher, ja sogar tückisch. Aergert andere Kranke; ist immer noch ab und zu unreinlich. In den nächsten Jahren findet man ihn gewöhnlich in einer Ecke niedergekauert. Er beschäftigt sich garnicht, schmiert, ist sehr schmutzig in seinem Aeussern und in gewisser Beziehung doch wieder eitel. Er schwatzt das unvernünftigste Zeug zusammen. Zu einer Arbeit nicht zu bewegen. In den ganzen 90er Jahren unverändertes Verhalten. Er lebt stumpf und theilnahmlos in den Tag hinein. Selten treten kleine Erregungszustände auf. Er läuft auf der Abtheilung immer unermüdlich, meist pfeifend, die Hände in den Hosentaschen an derselben Wand auf und ab. 1901 spricht er viel vor sich hin, geht immer im Zimmer hin und her oder sitzt allein in irgend einer Ecke. Nicht mehr orientirt. 1902 sitzt er still ohne Antheilnahme an seiner Umgebung. Hallucinirt zeitweise recht lebhaft. Zeigt zeitweise stereotype Bewegungen, indem er sich die Hände reibt und ineinander dreht wie beim Waschen. Zu irgend einer Beschäftigung ungeeignet. Giebt keinerlei geordnete Auskunft. Auch 1904 findet man ihn als stumpfen interessenlosen Menschen, der verschlossen öfter vor sich hinschimpft, dem Arzte aus dem Wege geht, unmotivirt vor sich hinlacht, abweisend, sehr viel mit sich selbst beschäftigt, zu nichts zu gebrauchen ist. Beim Anreden kann er sehr erregt werden. 1904 zu 1905 wechselt sein Verhalten. Gelegentlich zugänglich und zu Antworten bereit, dann wieder abweisend und sehr reizbar. In den ruhigen Zeiten giebt er über seine Vergangenheit Auskunft, lässt sich aber nicht auf Erörterungen ein. Während solcher kurzen Unterhaltung ist es leicht zu beobachten, dass Gehörstäuschungen bei ihm sehr lebhaft sind. Auf Grund dieser Sinnestäuschungen gelegentlich plötzlich ausserordentlich heftige Erregungszustände, bei denen er vor Wuth schreit, laut schimpfend im Zimmer umherläuft, Thüren schlägt, agressiv gegen die Umgebung wird und sich auf den Boden wirft und hin- und herwälzt. Diese Erregungszustände gehen sehr schnell vorüber. (1899 Diagnose: ecstatische Melancholie mit Wahnideen und Hallucinationen; Verrücktheit (?). Die Prognose bei ecstatischer Melancholie günstig.) Es ist bisher nicht gelungen, B. mit regel-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mässiger Arbeit zu beschäftigen, trotz immer wieder vorgenommener Versuche. B. geht wohl mit, rührt aber nichts an, sondern steht, die Hände in den Hosentaschen haltend, meistens still in einer Ecke, oder legt sich lang zum Schlafen hin. Häufig antwortet er aber auch die Aufforderung, zur Arbeit zu gehen, mit sehr erregtem Schimpfen. Auf der Abtheilung lebt B. ganz für sich; er steht mit Niemandem in Verkehr, spricht kaum mit dem Wärter. Entweder liegt er lang auf der Bank, oder er geht stundenlang immer ein und dasselbe Lied pfeifend im Garten oder Tagesraum auf und ab. Ein Interesse für die Umgebung zeigt er nicht; es kann auf der Station sich ereignen, was will, B. wird nicht davon berührt. Er liest weder eine Zeitung noch ein Buch. Zuweilen bekommt er ganz plötzlich, ohne dass Vorboten auftreten, sehr schwere Erregungszustände, in denen er unausgesetzt schimpft, vor Wuth laut schreit und zu weinen anfängt, Thüren schlägt, Stühle auf den Tischen zu zerschlagen sucht, sich auf den Boden wirft und die Umgebung angreift. Aus dem Ganzen geht hervor, dass er in solchen Augenblicken unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen steht. Diese Erregungszustände verschwinden eben so schnell, wie sie gekommen sind; meistens dauern sie $^1/_2$—$1\,^1/_2$ Stunden. Ob in den Zwischenzeiten Sinnestäuschungen bestehen, muss zweifelhaft bleiben. Nur ganz selten gelingt es, ihn zu kurzen Antworten zu bewegen. Es ist deshalb auch nicht zu sagen, ob und welche Wahnideen ihn beschäftigen und wie es mit seinem geistigen Besitzstand beschaffen ist. In seiner Kleidung ist er sehr nachlässig; er onanirt viel und hat Neigung, sich mit seinem Koth zu beschmieren. Gegenüber seinem sonstigen abweisenden Verhalten wirkt es eigenthümlich, wenn B. plötzlich mitten aus seinem Auf- und Abgehen zu einem hülflosen Kranken tritt und ihm bei irgend einer Sache hülft.

Fall 4. A. U., 34 Jahre alt, Kaufmann. 21. Juli 1896 bis X.

Erblich schwer belastet. Als Kind Veitstanz. Lernte schwer. Verschlossen. Anfang der 20er Jahre subacute Veränderung des Wesens. Hallucinationen. Angst. Eigenbeziehungen. Wird sehr bald stumpf. Kataton. Jetzt völlig theilnahmlos und stupide.

Anamnese: Erblich sehr belastet. Grossvater mütterlicherseits geisteskrank, endigte durch Selbstmord. Grossmutter nervös. Ihre Schwester starb in der Irrenanstalt. Eine Schwester und ein Bruder der Mutter begingen Selbstmord. Mutter des Patienten wurde im Klimakterium nervenkrank; ebenso eine Halbschwester desselben. Patient litt als Kind an Veitstanz. Lernte schwer und zeigte sich sehr verschlossen. Die erste Spur geistiger Störung zeigte sich vor einigen Jahren, als Patient in Bremen als Commis in einem Geschäft thätig war. Er begann zu halluciniren. Es stellten sich Eigenbeziehungen ein. Er wurde ängstlich, ging nur noch mit einem Revolver, um seine Verfolger zu tödten. In H. wurde er im Krankenhause aufgenommen und am 31. April 1894 nach H. überführt. Dort blieb er bis Januar 1895. Dann wurde er von seinen Angehörigen von dort fortgenommen und verschiedentlich in Familienpflege gegeben. Ueberall erblickt er Feindseligkeiten und Nachstellungen, wo man ihm mit Freundlichkeit und Liebe

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entgegenkam. So auch zuletzt in Th. bei G. Von dort wegen Gemeingefährlichkeit nach hier übergeführt.

Status: Körperlich: Mager, bleich. Krankhaft aussehende Gesichtsfarbe. Schädel normal. Keinerlei Abnormitäten.

Psychisch: Er verhält sich ruhig und ordentlich. Trägt ein vornehm herablassendes Wesen zur Schau. Die Fragen nach seinem Alter und seinen Verhältnissen beantwortet er schnell und richtig. Völlig orientirt. Hält sich für gesund. Wahnideen äussert er nicht. Versuche, ihn auf seine frühere Idee zu bringen, scheitern. Er hält sich stets für sich allein und hält es offenbar unter seiner Würde, mit seinen Mitpatienten zu sprechen oder zu verkehren. Sein Gesicht hat einen hochmüthigen Ausdruck. Seine Antworten sind nur kurz, aber sachgemäss, doch nichts weniger als höflich. Seine Lippen und Kinnbacken bewegen sich unausgesetzt. Seine früheren Erlebnisse erklärt er alle für Schwindel. Er zeigt ständig dasselbe Verhalten. Sitzt stumpfsinnig, ohne sich irgendwie um Jemand zu kümmern, in einer Ecke resp. geht er im Garten allein umher. Den Gruss der Aerzte erwidert er selten. Immer unzugänglich. Lässt sich jedoch zuweilen, besonders auf laute Anreden zu einer Antwort herbei. Es bestehen ständig Zuckungen des Kopfes. In seiner Kleidung wird er nachlässig. Schneidet immer Grimassen. Aeussert niemals irgend welche Wünsche. 1897 streitet er ab, Stimmen zu hören, macht ein sehr gleichgültiges verächtliches Gesicht. Hat die Beine auf einen Stuhl gelegt und giebt diese Stellung bei der Unterhaltung nicht auf. In seinem Aeussern ist er ziemlich unordentlich. Meist starrt er vor sich hin. Nur selten beschäftigt er sich mit Lesen. Auch im Jahre 1898 lebt er gleichgültig in den Tag hinein. Geht im Garten spazieren und rekelt sich auf den Sophas umher. Hat fast stets den Mund offen und macht mahlende Unterkieferbewegungen. Ein Gespräch ist nicht mit ihm anzubahnen. 1899 stumpf und theilnahmlos; unverändert. Auch die ganzen nächsten Jahre bietet sein Verhalten nicht die geringsten Aenderungen. Auch jetzt körperlich und psychisch unverändert. Er hält gezwungen den Kopf vornüber, wenn man ihn anspricht. Er antwortet auf einfache Fragen sinngemäss, ist jedoch nicht zu einer genaueren Aussprache zu veranlassen. Spontan spricht er gar nicht. Die krankhaften Bewegungen der Mundmuskulatur bestehen immer noch.

Fall 5. R. N., 28 Jahre alt, Stud. med. 13. September 1897 bis X.

Nicht belastet. Schwester Melancholie. Patient gut veranlagt. Stets verschlossen. Mit 19 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Wahnideen. Hallucinationen. Grössenideen. Katatonie. Sehr bald stumpf. Jetzt gänzlich unzugänglich.

Anamnese: Patient scheint erblich nicht belastet zu sein. Eine Schwester von ihm machte eine Melancholie durch. Sonst erscheint seine Familie gesund. N. war gut veranlagt, zeigte aber stets ein verschlossenes, impulsives Wesen und war leicht misstrauisch. Er lebte sehr solide; nur soll er vor einem Jahre während seiner Studien in T. viel getrunken haben. Seit März d. J. soll

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

er ein wunderbares Wesen gezeigt und geäussert haben: es gäbe eine Gedankenübertragung von einem Menschen zum andern. Als er Vergiftungsideen äusserte und sich weigerte, zu essen, wurde er nach J. überführt. Dort zeigte er von vornherein grosses Misstrauen, äusserte dieselben Ideen, behauptete, es bestehe ein gewisser Club S. C., der sich ausserdem noch allerhand Gifte bediene, um seine Opfer gefügiger zu machen und sie zur Unsittlichkeit zu verführen. Auch Verwandte gehörten mit zu diesem Club und er sei jetzt die hauptsächlichste Zielscheibe ihrer Machinationen. Heftige Hallucinationen steigerten seine Erregbarkeit. Patient wird leicht feindselig und aggressiv gegen den Arzt und seine Umgebung.

Status: Körperlich: Zeigt nichts Besonderes.

Psychisch: Ist bei der Aufnahme sehr erregt. Applicirt dem Oberwärter gleich eine Ohrfeige. Auf Fragen giebt er meist keine Antwort, sondern zeigt nur einen durchbohrenden Blick. Er ist wenig zugänglich und äusserst misstrauisch. Anstatt eine Frage zu beantworten, und mag es sich noch um eine so gleichgültige Sache handeln, fragt er stets, indem er den Fragenden scharf fixirt: „Wozu fragen Sie mich danach?“ Ruhelos wandert er im Zimmer auf und ab, steht auf einer Stelle still und sieht minutenlang vor sich hin, um seine Wanderung dann fortzusetzen. Hat die Wahnidee, es bestehe im Gehirn eine positive und eine negative Flüssigkeit, durch welche es möglich sei, die Gedanken anderer Menschen zu errathen. Hallucinirt sehr lebhaft. Verkennt seine Umgebung und wird aggressiv. Er spricht von Familie und „Reich“, überlegt sich, ob er nicht der Thronfolger der Niederlande wäre. Er deutet seine Vergangenheit um, behauptet schon in G. gewesen zu sein. Bei allem, was er sieht, erkundigt er sich, warum das so wäre. Er behauptet, bei jedem Geräusch würden ihm Gedanken in widerlicher, niederträchtiger Weise zugetragen und von ihm dann in die Oeffentlichkeit gebracht. Die Briefe an seine Angehörigen zeigen einen furchtbaren Wirrwarr. In eine allgemeine Conversation ist er nicht hineinzuziehen. Er sitzt sinnend und träumend da. Oefter lacht er grundlos auf und schneidet alle möglichen Grimassen. Gegen seine Umgebung dauernd gereizt, unfreundlich, ja selbst gewaltthätig. Fragen beantwortet er jetzt überhaupt nicht mehr. Sitzt den ganzen Tag grübelnd auf dem Sopha und ist theilnahmslos gegen alles. Spricht öfter vor sich hin, schneidet viel Grimassen und stiert den Fragenden mit verzerrter Miene an. So grübelt er also ständig stumpf vor sich hin, steht dauernd unter dem Einfluss von schweren Hallucinationen. Er macht die sinnlosesten Aufzeichnungen. Den Gruss von Vorübergehenden erwidert er überhaupt nie. Zeitweise stösst er spontan Schimpfworte oder unarticulirte Laute heraus. Zeitweilig steht er in vornübergebeugter Haltung lange Zeit da. Dann hüpft und tanzt er in grossen Sprüngen im Garten umher. Sein Wesen ändert sich in den nächsten Jahren garnicht. Ab und zu lebhafte Sinnestäuschungen. Im übrigen abweisend, unfreundlich verschlossen, in sich gekehrt, zeitweise gewaltthätig. In den Jahren 1903 und 1904 begeht er keine gewaltthätige Handlung mehr und wird in diesem Jahre (1905) ruhiger und zugänglicher. Er spricht auf Anreden garnicht, geht im Garten spaziren und auf dem Flur auf und ab; immer in

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

katatoner Weise auf demselben Gebiet, sich dauernd den Bart zupfend, wütende Blicke um sich werfend. Raucht mit Behagen seine Zigarren.

Fall 6. A. T., Bergbaubeflissener, 28 Jahre alt, 19. October 1898 bis X.

Mütterlicherseits erblich belastet. Stets eigenthümlich. Mit 17 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Somatopsychische Wahnideen. Hallucinationen. Stimmungswechsel. Stupor. Kataton. Sehr bald stumpf. Jetzt völlig abweisend und theilnahmslos.

Anamnese: Er ist in Betreff Geisteskrankheiten insofern erblich belastet als in der mütterlichen Familie sehr viel Geistes- und Nervenkrankheiten vorgekommen sind. T. soll stets eigenthümlich, sonderbar und misstrauisch gewesen sein. Seit 3 Jahren mied er die Gesellschaften, weil er glaubte, ihm entwichen fortwährend Flatus. Vor 2 Jahren unternahm er mit einem Freunde, weil er immer verstimmt war und nicht arbeiten konnte, eine Reise nach Italien. Seitdem homosexueller Verkehr in Gestalt mutueller Onanie. Seine Studien machten keine grossen Fortschritte. Dauernd Selbstvorwürfe wegen seines perversen Sexualtriebes und, als er seinen Freund später einmal wieder in G. wiedersah, Selbstmordversuch, dem sich ein zweiter in der Klinik noch anschloss. Darauf in die hiesige Anstalt aufgenommen.

Status: Körperlich: Gross, hager gebaut. Kräftig. Etwas degenerirter Habitus. Sonst nichts Abnormes.

Psychisch: Bei der Aufnahme ruhig. Spricht nicht. Zeigt sich lenksam. Aeussert auch hier seine Wahnideen, er könne nicht in Gesellschaften kommen, da ihm dauernd Flatus entwichen; dann gingen ihm auch alle Gedanken durcheinander, er könne nicht logisch denken, er müsse allerlei Unsinn denken. Immer hypochondrische Ideen. Besonders dem Personal gegenüber ein überlegenes herrisches Wesen. Zeitweilig behauptet er, er würde so viel beeinflusst. Er werde von anderen getrieben; er müsse thun, was Leute aus seiner Umgebung ihm sagten. Er giebt theilweise Hallucinationen zu. Aeussert manchmal unsinnige Ideen: seit einigen Tagen sähe er klar, er habe bisher einen kindlichen Sinn gehabt und habe daher die Sprache der Erwachsenen, die in Bildern ausgedrückt sei, nicht verstanden. Dauernd Selbstvorwürfe in Betreff des homosexuellen Verkehrs. Die Stimmung wechselt. Am 23. November 1898 hat er kurz vor der Visite sich den Hodensack und den Penis so eng mit einem Bande umschnürt, dass jegliche Blutzufuhr abgeschnitten war. Mit Mühe wurde die Ligatur gelöst. Bei den Visiten immer ein starrer fragender Gesichtsausdruck. Im grossen und ganzen Unruhe. Wollen die Aerzte sein Zimmer verlassen, so streckt er ängstlich die Hände nach ihnen aus und bittet sie, noch etwas dazubleiben. 1898 und 1899 macht er einen wochenlangen Stupor durch, wo er auch sogar gefüttert werden muss. Er nässt ein. Decubitus. Im Mai wurde er etwas lebhafter, nachdem er noch vorher typische Zeichen der Katalepsie gezeigt hat. Steht auch jetzt stundenlang vor seinem Spiegel im Zimmer und sieht hinein. Beim Nachlassen der Hemmung tritt ein etwas blödes Lächeln ein. Er murmelt unverständliche Worte vor sich hin.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Besuche seiner Angehörigen lassen ihn ziemlich stumpf. Vorübergehend lässt die Hemmung etwas nach. Ein Versuch mit Thyreoidin ohne Erfolg. 1902 wird er etwas lebhafter. Im grossen und ganzen ziemlich abweisend. Still. Er masturbirt viel und schamlos. Im October 1902 wird er etwas freundlicher, etwas lebhafter; ist aber zu geordneten Reden nicht zu bewegen. Er wird immer unreinlicher, defäcirt in die Zimmer. Gegen seine Umgebung wird er oft agressiv. Demolirt die verschiedensten Gegenstände. Zu einem geordneten Brief ist er nicht zu bewegen. Er kritzelt nur alle möglichen Sachen zusammen. In den letzten Monaten wird er immer unreinlicher. Zu einer geordneten Unterhaltung und zum Briefschreiben kann man ihn nicht bringen.

Fall 7. H. B., 26 Jahre alt. Haussohn. 22. September 1898. — X. Erblich belastet. Ein Bruder litt viel an Krämpfen. Patient normal entwickelt. Mit 3 Jahren Gehirnerschütterung. Mit 15 Jahren Angst, Hallucinationen, somatopsychische Wahnideen. Vorübergehende Hemmung. Stimmungswechsel. Kataton. Stumpf. Jetzt völlig verblödet.

Anamnese: Mutter ist geisteskrank. Eins seiner fünf sämmtlich im Säuglingsalter verstorbenen Geschwister hat an Krämpfen gelitten. Patient soll sich in der Jugend normal entwickelt und in der Dorfschule mässig gut gelernt haben. Als dreijähriger Knabe fiel er auf den Kopf; Gehirnerschütterung (?). Vom 15. Jahre ab soll er öfter über Angst geklagt haben. In der Nacht vom 15. auf den 16. August sprang er aus dem Fenster, lief planlos umher, weil er es wegen Elektricität und Röntgenstrahlen nicht aushalten könne. Es klabastere überall an der Wand. Es käme ihm wie kleine Läuse auf den Leib. Als er fortgelaufen, sei er wie durch Feuer verfolgt worden. Soll nie ausschweifend gelebt haben.

Status: Körperlich: Gross, schlank. Mittelmässig genährt. Schädel etwas länglich geformt. Ohrläppchen angewachsen. Pupillen gleich weit. Reagiren prompt. Prognär. Gaumen auffallend hoch und schmal. Reflexe normal. Keine Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen.

Psychisch: Aengstlicher Gesichtsausdruck. Antworten kommen nur zögernd mit kaum vernehmlicher Stimme heraus. Grund der Angst, deren Sitz er in die Herzgegend verlegt, sind Hallucinationen des Gesichts und vor allen Dingen des Gemeingefühls. Ueber Familienverhältnisse, Ort und Zeit richtig orientirt. Nur dauert es sehr lange, bis man etwas aus B. herausbekommt. Aufgaben aus dem Einmaleins werden häufig falsch, aber unter Nachhülfe richtig gelöst. In der vaterländischen Geschichte ist er einigermaassen orientirt. Mitunter giebt er erst eine falsche Antwort, verbessert sich dann aber nach einer Weile, gerade wie wenn er nicht mit seinen Gedanken bei der Sache wäre. In den nächsten Monaten wechseln Zustände der Angst und sogar hochgradiger Angst mit Selbstmordversuchen mit freieren Zeiten ab. 1899 wird er stumpf und theilnahmslos, weicht den Aerzten aus, steht meist in den Ecken umher, sieht aus dem Fenster. Keine Neigung zu irgendwelcher Beschäftigung. Wird unsauber. Vernachlässigt sein Aeusseres. Liegt viel auf

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Erde, vor dem Ofen, bedarf beim An- und Auskleiden fremder Hülfe. Spricht von selbst nur wenig. Ganz vorübergehend arbeitet er etwas. Zeitweise treten neben dem stumpfen und gleichgültigen Wesen ausgesprochene Hemmungen hinzu. 1900 lacht er blöde vor sich hin. Muss bei der Feldarbeit stets zu derselben herangeholt werden und ruft, wenn man Fragen an ihn richtet, meist fortwährend: „Ja, ja, ja!“ Letzteres auch bei Besuchen von seinen Angehörigen. Giebt Gehörshallucinationen zu. In den nächsten Jahren zeigt er sich als ein fleissiger Arbeiter, der aber doch stumpf und theilnahmslos ist. Leicht euphorisch. 1904 leistet er nur wenig bei der Arbeit, muss immer angetrieben werden. Er hat ein polterndes ungestümes Wesen. Auf der Station liegt er meistens auf der Erde oder in irgend einer Ecke. Lacht immer blöde vor sich hin. Antwort giebt er nicht. Morgens bei der Arbeiterrevision drückt er sein Gesicht ganz in die Ecke der Gitter. Lacht immer laut und blöde vor sich hin. Wehrt jede Berührung ab. Liegt auf der Abtheilung meist lang auf dem Boden. Bekümmert sich nicht um die Umgebung.

Fall 9. A. H., 25 Jahre alt. Lohgerber. 29. August 1903. — X. Keine Heredität. Körperlich und geistig normal entwickelt. Als Kind nervös. Mit 18 Jahren acut erkrankt mit Erregung und Angst. Hallucinationen. Sehr bald kataton und stumpf. Jetzt völlig verblödet.

Anamnese: Keine Heredität. Patient hat sich körperlich und geistig normal entwickelt, soll aber in seinen Jugendjahren nervös gewesen sein. Im Winter 1897 war er auf Urlaub vom Militär zu Haus. Er war sehr stark erregt, und man befürchtete, er würde sich ein Leid anthun. Er wurde darauf der Anstalt zugeführt.

Status: Körperlich: Mittelmässig genährt. Schlank. Kräftig gebaut. Schädel regelmässig geformt. Gaumen ziemlich hoch gewölbt. Ohrläppchen sind angewachsen. Sonst keine Abnormitäten.

Psychisch: Bei der Aufnahme sehr ängstlich. Kann kaum sprechen und behauptet, er wisse nicht mehr, wie er heisse. Er zeigt ein unruhiges Wesen, nimmt nur wenig Nahrung zu sich. Den Grund seiner Angst weiss er nicht. Er localisirt sie in Herz- und Magengegend. Er giebt Hallucinationen zu und behauptet, schon mit 15 Jahren habe er solche gehabt. Er löst die leichtesten Rechenexempel nur sehr langsam. Spricht langsam und fängt mitunter eine Sache an, ohne sie zu Ende zu führen. Er läuft viel und ängstlich umher. Es muss sehr auf ihn aufgepasst werden, da er sonst zu entweichen droht. Das Gesicht ist congestionirt und zeigt einen ängstlichen Ausdruck. Er wird mit der Zeit unreinlich, weicht jedem Menschen aus. Am 25. December 1898 wird er ungeheilt auf Drängen seines Vaters entlassen. Am 16. Januar 1899 wieder aufgenommen. Bei der Aufnahme stumm auf der Bank mit kongestionirtem Kopf. Wirft scheue Blicke nach dem Arzt und nestelt ununterbrochen mit seinen Fingern an seinen Kleidungsstücken. Grosse Unruhe. Unrein. Sitzt immer stumpf und theilnahmslos umher und wird in diesem unveränderten Zustande am 12. September 1899 entlassen. Da sich zu Hause der Zustand in

Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

keiner Weise ändert, wird er am 7. December 1899 wieder gebracht. Der Kopf ist congestionirt, der Blick scheu. Die Gesichtszüge ohne Ausdruck. Fragen beantwortet er nicht. Nur als man ihn nach seinem Befinden fragt, antwortet er: „Es geht gut.“ Beginn 1900 wird er etwas freier und zugänglicher. Er ist über seinen Aufenthaltsort orientirt. Er wäre von seinen Eltern zufällig hierher gebracht. Den Grund seiner Ueberführung will er nicht wissen. Auf alle diesbezüglichen Fragen antwortet er mit: „Ich weiss nicht.“ Leichtere Rechenaufgaben löst er rasch und richtig, macht überhaupt den Eindruck, als ob er gut orientirt wäre, jedoch nicht aus sich herausgehe. Angstzustände und Sinnestäuschungen geleugnet. Spricht sich absolut nicht über die Gründe seines Gebahrens und Verhaltens aus. Sehr oft schmutzig. März 1901 unverändert stumpf, ohne jedes Interesse. Dabei völlig orientirt über seine Umgebung, Ort und Zeit. Er sieht wenig auf sich und vernachlässigt seine Kleidung völlig. Trotz seines stumpfen und interessenlosen Wesens stiehlt er gelegentlich den anderen Kranken in überaus listiger Weise das Essen fort. Hallucinirt vorübergehend, besonders auf optischem Gebiet. 1902 weiter stumpf und theilnahmslos. Steht meist in den Ecken umher. Ist zu keiner Antwort zu bewegen. Stösst meist zusammenhanglos abgerissene Brocken heraus. Steht offenbar immer noch unter dem Einfluss lebhafter Gehörshallucinationen. Drängt sehr viel fort. Seine Antworten sind nur kurz und widerwillig, auf einfache Fragen aber zutreffend. Er neigt immer noch zu Unreinlichkeiten. Zu jeder Beschäftigung absolut ungeeignet. Er wird auf Wunsch seines Vaters auf 14 Tage entlassen, da dieser ein Extragartenhaus für ihn gebaut hat, wird aber schon nach 10 Tagen, da er zu unsauber war, zurückgebracht. In seinem Wesen sehr unruhig und unstet. Springt alle Augenblicke aus dem Bett und läuft nach dem Closett oder kratzt sich fortwährend an irgend einer Stelle. Auf Fragen antwortet er nicht sinngemäss. Spricht fortwährend mit Vorliebe davon, dass er ausfahren möchte. Sein stumpfes, interesseloses, scheues und zurückhaltendes Wesen hält weiter an. Er weicht jeglichem Menschen und jeglicher Unterhaltung aus. Ueber Wahnideen und Sinnestäuschungen lässt er sich nicht aus. Häufig unsauber. Zu jeder Beschäftigung ungeeignet. Der Besuch seiner Angehörigen hat nicht den geringsten Einfluss. Jetzt bietet er ein zerfahrenes, läppisches, kindisches, zielloses Wesen und Verhalten. Zeigt stereotype Bewegungen und Handlungen. Er muss dauernd zur Reinlichkeit und Ordnung angehalten werden.

Zur Zeit besteht bei H. dauernd eine schwere motorische Unruhe; es ist ihm nicht möglich, für kurze Zeit still zu sitzen; er ist fortwährend in Bewegung, geht umher, setzt sich bald hier hin, bald dort hin, macht Thüren und Fenster auf und zu, macht sich mit den übrigen Kranken zu thun, zupft sie an der Kleidung, schlägt sie auch, zieht sich selbst aus und wieder an. Die motorische Erregung geht so weit, dass sie ihn zu ständigen Bewegungen seines ganzen Körpers veranlasst. Bald sinkt er zusammen, bald richtet er sich auf; dann wird ein Bein vorgestellt und bald wieder zurückgezogen. Er sieht nach rechts, dann nach links, dreht sich ganz um, setzt sich wieder gerade hin; zieht die Beine an, bewegt den Fuss oder die Zehen, fasst sich mit

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Händen bald hier hin, bald dort hin. Die Gesichtsmusculatur nimmt nur wenig an den Bewegungen theil, doch kommt es gelegentlich zum Stirnrunzeln und zum Verziehen des Mundes. Spontan spricht er selten; meistens ist er ganz stumm oder giebt nur einzelne stöhnende Laute von sich. Auf Anreden giebt er nur kurze Antworten; er reagirt in der Regel nur auf die einfachen Fragen nach dem Namen, dem Alter, Wohnort u. s. w.; während complicirtere Fragen, zur Prüfung seines Wissens, seiner Intelligenz, seiner Merkfähigkeit, seines Gedächtnisses unbeantwortet bleiben.

Seine Sprache ist dabei gequetscht und manchmal schwer verständlich, immer hastig und abgerissen. Seine Aufmerksamkeit ist sehr herabgesetzt; er schenkt der Umgebung kein Interesse, kennt Niemand von der Station, und beantwortet deshalb auch Fragen ungenau, giebt auf die nächsten Fragen immer die Antwort der ersten.

Ihn zu beschäftigen, ist nicht möglich; alle Versuche sind bisher gescheitert. Da er in seiner motorischen Unruhe die Kranken immer belästigt, ist es nöthig, dass er dauernd die Station wechselt.

Auch Gemüthlich ist er ganz verblödet. Auf den Spaziergängen oder Ausfahrten mit seinen Eltern nimmt er von ihnen kaum Notiz; er begrüsst sie nicht beim Kommen und verabschiedet sich von ihnen nicht beim Gehen. Auf diesen Gängen oder Fahrten besteht dieselhe Unruhe und hat dem Vater schon manche Verlegenheit eingebracht.

In seiner Kleidung ist Patient unordentlich; beengende Kleidungsstücke trägt er nicht, deshalb bindet er nie einen Kragen um, lässt die Weste aus, zieht die Schuhe aus. Nachts bleibt er im Bett liegen, schläft aber nicht immer, sondern wälzt sich in ihm umher.

Fall 9. K. H., 22 Jahre alt, Kaufmann. 24. Juli 1902 bis x.

Vom Vater belastet. Normal entwickelt. In der Jugend etwas mädchenhaft. Mit 18 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Erregung. Wahnideen. Beziehungsvorstellungen. Grössenideen. Sehr bald stumpf. Jetzt völlig verblödet.

Anamnese: Vater Potator, leichtsinniger Mensch. Infolge dessen von der Frau geschieden. Pat. auf der Schule keine besondere Talente, war aber fleissig. Stotterte etwas. Soll in den Knabenjahren etwas Mädchenhaftes gehabt haben. Nach absolvirter Schule in einem Geschäft in Stellung, wo er gut gelernt hat. Schon in den letzten Jahren war ein gewisser Dünkel bei ihm beobachtet; doch moralisch gut und religiös. Vor 14 Tagen fiel H. in Hamburg durch sein streitsüchtiges unruhiges Wesen auf. Konnte keine Arbeit mehr leisten, glaubte sich von allen verfolgt. Kehrte nach Hause zurück. Lag viel in den Wirthshäusern. Nach einem Excess in bacho Tobsuchtsanfall. Ins Krankenhaus aufgenommen, verweigerte er die Nahrung.

Status. Körperlich: Ziemlich gross, schlank, von distinguirtem Aussehen. Kopf symmetrisch. Facialis rechts deutlich paretisch. Harter Gaumen sehr hoch, schmal, steil. Keine Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen. Auch

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sonst alles normal. Nur das Kniephänomen ist etwas lebhaft. Gefässerregbarkeit der Haut ist lebhaft.

Psychisch: Leicht erregt. Erklärt auch seinen hiesigen Aufenthalt als für Ränke seiner Verfolger. Er ist über Ort, Zeit und Umgebung gut orientirt und klar. Er ist leicht erregbar. Macht zunächst den Eindruck eines neurasthenischen Menschen. Bewegt sich lebhaft und spricht viel in einem erregten Tone. Er ist ziemlich reizbar. Giebt in gereiztem Tone Auskunft oder verweigert dieselbe. Drängt fort, erklärt, er wäre gesund, wittert hinter allem etwas, was auf ihn gemünzt ist. Seine Aufmerksamkeit ist eine gute. Sein Vorstellungsablauf ist nicht verändert. Die Zielvorstellung wird öfters nicht erreicht. Patient verliert in seiner Rede den Faden und redet sich, während er spricht, mehr und mehr in eine anfangs garnicht vorhandene Erregung hinein. Er hat ausgesprochene Beziehungsvorstellungen und dementsprechende Hallucinationen. Sein Gedächtniss ist ganz gut. Die Kenntnisse sind ungefähr dem Stande und der Erziehung entsprechend. Das Urtheil leidet unter einer ausgesprochenen Selbstüberschätzung entschieden. Die Stimmung ist eine dauernd gereizte und leicht schwankende. Er hält sich ganz für sich und verkehrt mit Niemandem. Er schreibt viel querulirende Briefe an die Staatsanwaltschaft und Telegramme an den Kaiser. Im October 1902 wird er stumpf, wenig zugängig und wenig mittheilsam. Er bewegt sich mit Vorliebe in geheimnissvollen Andeutungen. Der Arzt habe durch ein Charaktertelephon seine Angelegenheiten andern mitgetheilt. Alle Welt wisse, was er wolle. In der Erregung wird seine Rede formell und inhaltlich ungeordnet. Hallucinationen, die sicher vorhanden, streitet er ab. 1903 im März verspricht er Arzt und Wärtern hohe Summen, wenn sie ihn heimlich wegliessen. Sein Gebahren dabei macht mehr einen schwachsinnigen als einen intriganten Eindruck. Er wird mehr und mehr stumpfer, äussert vage Grössenideen, will grosse Firmen gründen und hält sich für einen bedeutenden Kaufmann. Zeitweise aggressiv und ist wegen seiner plötzlichen und ganz unerwarteten Wuthausbrüche ein sehr gefürchteter und gefährlicher Kranker. Eine allgemeine Unterhaltung kann er garnicht führen. Er hat nur einen Wunsch und immer nur dieselbe Aeusserung: „Fort von hier". Auch 1904 gegen seine Umgebung völlig theilnahmslos. Er schreibt, allmählich auch formell, die unvernünftigsten Briefe, von denen er in erstaunlicher Länge oft mehrere an einem Tage abgab. Durch und durch sehr wortreich und inhaltsleer. Seit einigen Monaten geht er mit zur Feldarbeit und beschäftigt sich hier leidlich. Seine Arbeitspausen füllt er mit Schreibereien aus. Hat er kein Briefpapier, so ist ihm jeder Zettel gut genug. Er schreibt an alle möglichen Personen und Behörden, verlangt seine Entlassung, verspricht dem Adressaten 100 000 Mark, verurtheilt ihn zu Gefängniss und kündigt an, dass er bereit sei, eine Stellung bei ihm anzunehmen. Zuweilen geht aus diesen Briefen mit Sicherheit hervor, dass H. nach wie vor Sinnestäuschungen auf den verschiedensten Sinnesgebieten hat. So beruft er sich auf die mit dem Adressaten gepflogene Unterhaltung, spricht vom Elektrisiren und Hypnotisiren. Mündlich macht er keine Aeusserungen hierüber, misstrauisch lehnt er jede Auskunft ab.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einen Einfluss haben diese Sinnestäuschungen auf ihn zur Zeit nicht; nichts verräth in seinem Benehmen etwas von ihnen. Am Ende des vorigen Jahres dagegen traten noch gelegentlich schwere Erregungszustände auf, die durch Sinnestäuschungen bedingt waren. Er wurde dann plötzlich aggressiv gegen seine Umgebung oder war längere Zeit in gereizter Stimmung. Damals war oft für längere Zeit Bettruhe nothwendig. Zwischendurch war er dann, wie auch jetzt, ausserordentlich träge und lasch in seinem Benehmen, langsam und schwerfällig in seinen Bewegungen. Geistige Interessen zeigt er nicht mehr; Initiative fehlt ganz; was um ihn herum vorfällt, ist ihm gleichgültig. Er liest nur selten eine Zeitung, steht mit Niemandem im Verkehr, lebt auf der Station, ohne sich jemals mit einem Anderen zu unterhalten. Infolge dessen ist er über die Vorgänge in der Aussenwelt und in der Anstalt nicht unterrichtet, kennt nicht den Zweck der Neubauten, obgleich er täglich an ihnen vorbeikommt, und kennt nur einige wenige Kranke seiner Station. Gemüthlich ist er völlig stumpf. Dabei ist sein Gedächtniss nicht gestört. In seiner Kleidung ist er sehr unordentlich und nachlässig: doch hält er sich sonst reinlich und besorgt sich selbst.

Fall 10. F. S., 23 Jahre alt, Arbeiter. 27. Januar 1904 bis x.

Mutter an Krämpfen gestorben. Patient körperlich und geistig normal entwickelt. Mit 21 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Sehr bald stumpf, jetzt völlig interesselos.

Anamnese: Mutter an Krämpfen gestorben. Geburt und Kindheit ohne Besonderheit verlaufen. Er hatte von je her lebhaftes Temperament, bot nicht Auffälliges dar. Vorigen Sommer Veränderung seines Wesens. Gedrückt. Sprach wenig. Gab bald seine Stellung auf, zog sich in seine Heimath und sass dort arbeitslos umher. Wurde Nachts unruhig. Schlief nicht. Apathisch und zerstreut. Dabei grosse motorische Unruhe und Neigung zu ungeordneten Handlungen.

Status. Körperlich: Gross. Kräftig gebaut. Kleine Defecte an den Fingern der linken Hand. Schädel Normalform. Ohrläppchen nicht angewachsen. Pupillen mittelweit, beiderseits gleich; reagiren prompt. Patellarreflexe lebhaft. Im Uebrigen normaler Befund.

Psychisch: Nur sehr unvollständig orientirt. Auf Fragen antwortet Patient zunächst gewöhnlich: „Das weiss ich nicht!“ in ganz stereotyper Weise. Er macht einen äusserst gehemmten Eindruck. Er giebt nur sehr zögernd den Aerzten auf wiederholtes eindringliches Befragen Antwort. Gesichtsausdruck stumpf und theilnahmlos. Sinnestäuschungen und Wahnideen lassen sich nicht nachweisen. Februar 1904 zeigt er keine weiteren Erregungszustände. Er geht mit zur Arbeit, ist dauernd gleichmässig, sehr stumpf. Antwortet auf alle Fragen: „Das weiss ich nicht!“ Das ganze vorige Jahr bietet keine Aenderung seines Verhaltens. Er bleibt auch dies Jahr stumpf und interessenlos. Er geht mit zur Arbeit und schafft auch seinen Theil. Eigene Initiative zeigt er nicht. Muss zu Allem angehalten werden. Mit den übrigen Kranken steht er nicht im Verkehr. Immer mürrischer Stimmung. Spricht wenig. Wurde kürzlich in eine andere Anstalt abgegeben.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall 11. O. D., 22 Jahre alt, Student. 14. October 1904 bis x.

Keine Heredität. Kindheit und Knabenzeit völlig normal. Mit 16 Jahren liess er geistig nach, subacute Veränderung des Wesens. Versündigungsideen. Vorübergehende Verwirrtheit. Hemmung. Plötzliche Erregungszustände. Stupor. Kataton. Jetzt völlig stumpf und theilnahmlos.

Anamnese: Vater an unbekannter Ursache gestorben. Keine Heredität bekannt. Kindheit und Knabenzeit normal. In der Secunda: liess er geistig nach, d. h. er kam nicht mehr mit, während es ganz gut ging; nur mit Mühe Einjährigen-Examen. Starke Onanie. Arbeitsscheu, verschlossen, unlustig, lebensmüde. Versuch, Kaufmann zu werden, misslang, scheiterte an der Arbeitsunlust. Hospitirte an Berliner Universität. Keinerlei Erfolge. Ende Sommer 1904 auffallend trübsinnig, verschlossen. Unruhe. Planloses Umherirren. Polizeilich sistirt. Verwirrte Reden; Versündigungsideen; trüber, resignirter in die Ferne gerichteter Blick; apathische, schlaffe Haltung.

Status. Körperlich: Blass, elend, stark reducirt. Melanome. Kümmerliche Bartbildung. Ungleich gefärbte Irides. Gaumen steil. Rechtes Ohr verkümmert. Herabgesetzte Schmerzempfindung.

Psychisch: Anfangs verwirrt, dann orientirt. Meistens unruhig. Absolut stumpf und gleichgültig. Bei Annäherung abweisend. Minimale Aufmerksamkeit. Vorstellungsablauf sehr verlangsamt, doch formal richtig. Unfähig bei einem Thema zu bleiben und ausführliche Begründung und Erklärungen zu geben. Das Urtheil und Kritikvermögen ist äusserst minimal; er kennt keinerlei Pflichten. Kenntnisse so zu sagen gleich null. Keinerlei Lust zur Beschäftigung; ermüdet äusserst leicht. Gebahren läppisch heiter. Merkfähigkeit herabgesetzt. — Er zeigt dauernd gleichmässig stupides, erschöpftes Verhalten. Unfähig einen Brief zu schreiben. Allmählich sehr gehemmt. Aeusserlich stets orientirt. Ihn zu beschäftigen war bisher nicht möglich; er ist ganz abweisend, spricht überhaupt nicht, weder spontan, noch auf Anreden, vernachlässigt sich ganz, nässt und schmutzt gelegentlich ein, ist sehr unordentlich in seiner Kleidung. Er lacht häufig ohne äussere Veranlassung vor sich hin und bekommt plötzlich sehr schwere Erregungszustände. Sinnestäuschungen sind also bei ihm wahrscheinlich vorhanden. Er zeigt nicht die Spur irgend welcher Interessen. Versuche, ihn aus seinem Stupor aufzurütteln, lässt er entweder nur mit der Reaction eines Lachens ruhig über sich ergehen, oder beantwortet sie mit heftiger zorniger Gegenwehr. Die Sehnenreflexe sind bei ihm gesteigert.

Fall 13. E. S., 21 Jahre alt, Soldat. 29. Februar 1904 bis 1. Juli 1904.

Keine Heredität. Kindheit und Jugend o. B. Mit 19 Jahren Trauma. Einige Monate später subacute Veränderung des Wesens. Selbstvor-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

würfe. Angst. Depression. Hemmung. Stimmungswechsel. Kataton. Sehr bald stumpf. Jetzt völlig verblödet.

Anamnese: Keine Heredität. Kindheit und Jugend o. B. Im Sommer 1903 Sturz auf den Kopf. October 1903 trat er beim Militär ein. Er versah den Dienst zuerst gut. Januar 1904 häufig Ermüdungsgefühl und Mattigkeit. Plötzlich Gedanke, er habe bei der Beichte dem Geistlichen etwas verschwiegen. Angst und Schlaflosigkeit folgten; Beklemmungsgefühl. Angst steigerte sich zu directer Schmerzempfindung. Immer von Neuem Versündigungsideen. Bald apathisch, schrieb nicht mehr nach Hause. Dann unruhig und zunehmend ängstlicher.

Status. Körperlich: mittelgross, gracil, wenig musculös, degenerativer Habitus. Harter Gaumen, steil und hoch. Uvula nach links. Linker Gaumenbogen bleibt zurück. Zunge belegt. Foetor ex ore. Ohrläppchen angewachsen. Abstehende Ohren. Nase stumpf und breit. Leichter Tremor manuum. Cyanose der Hände. Energie der Innervation deutlich herabgesetzt. Der auf Aufforderung ausgeführte Händedruck lässt in seiner Stärke sofort nach; Patient muss immer wieder neu angetrieben werden. Leichte Plattfussanlage.

Psychisch: Mangelhaft orientirt. Gänzlich von ängstlichen Vorstellungen in Anspruch genommen, die ihn fortwährend beschäftigen. Daher sind schwer Antworten von ihm zu bekommen. Muss sich bei jeder Anrede erst wieder sammeln. Murmelt gewöhnlich Gebete vor sich hin, oft 24 Stunden ununterbrochen. Kommt oft über den Satz: „Gott möge ihm verzeihen" nicht hinaus. Genauer motiviren kann er seine Versündigungsideen nicht. Vorstellungsablauf verlangsamt. Immer drängen sich Selbstanklagen in den Vordergrund. Schwer zu fixiren und seine Aufmerksamkeit auf etwas zu concentriren. Kein Interesse für die Umgebung und Vorgänge in derselben. Stimmung meist depressiv, hoffnungslos, verzweifelt. — Sitzt den ganzen Tag unbeweglich da mit gefalteten Händen und betet monoton vor sich hin. Neben hochgradiger Angst allmählich starke Hemmung. Dann Unruhe und sehr labile Stimmung, zeitweise unmotivirt äusserst heiter. Befehlsautomatie und Perseveration. Wurde dann in eine andere Anstalt überführt. Ein jetzt von dort erbetener Bericht lautet: er bietet das typische Bild eines Katatonikers. Negativismus mit Katalepsie. Echopraxie. Dann vorübergehend erregt. Grimmassirt viel. Zerstörungstrieb. Ausserst albern und läppisch.

Fall 13. A. F., 29 Jahre alt, Rentiere. 12. April 1898 bis x.

Nicht belastet. Nie krank gewesen. Stets leicht erregt und unbeständig. Mit 20 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Angst. Selbstvorwürfe. Hallucinationen. Vorübergehende Erregung. Grössenideen. Unstet. Kataton. Jetzt verblödet.

Anamnese: Patientin stammt aus gesunder Familie und ist nie erheblich krank gewesen. Sie war immer zart und leicht erregbar. Sie hat eine gute Erziehung gehabt und die letzten $1\frac{1}{2}$ Jahre für sich allein in H. gelebt. Sie konnte sich nie recht fügen und sich einem andern Willen unter-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ordnen, sondern war stets egoistisch und unbeständig in ihrem Wesen und ihren Anschauungen. Etwa Mitte Januar 1898 wurde sie auffallend still und gedrückt, bekam Angstzustände; verlor den Schlaf, machte sich Selbstvorwürfe und bat die Verwandten um Verzeihung. Nachts lief sie entkleidet auf die Strasse. Ins Krankenhaus aufgenommen hallucinirte sie sehr viel und äusserte beständig Selbstvorwürfe.

Status: Körperlich: Mittelgross, kräftig gebaut. Gut genährt. Gesunde Gesichtsfarbe. Pupillen sind sehr weit, gleich und reagiren wenig. Das Gesicht ist etwas unsymmetrisch, sonst ist körperlich nichts Abnormes nachzuweisen. Nur enthält der Urin Spuren von Eiweiss.

Psychisch: Bei der Aufnahme ängstlich und unruhig. Antwortet auf Fragen nicht. Sieht den Fragenden erstaunt an oder kniet nieder, senkt das Haupt und faltet die Hände. Sie verhält sich dann bald abweisend gegen ihre Umgebung und ist nicht zu bewegen, sich auf ein Gespräch einzulassen. Meist zeigt sie nach einigen Tagen ein überlegenes Lächeln. Sie ist nur schwer zu lenken, weil sie sofort gegen das Personal aggressiv wird. Sie hallucinirt sehr viel. Beschäftigt sich mit Lesen und Handarbeiten. Unterhält mit den anderen Kranken keinerlei Verkehr. Auf die Frage nach ihrer Krankheit giebt sie auch in den nächsten Monaten meist nur ziemlich unverständlich und anscheinend zusammenhanglose Aeusserungen als Antwort. Sie spielt gelegentlich gern Klavier und singt dazu, anscheinend ohne Verständniss. Ausserdem hat sie keine Beschäftigung. Zeitweise geräth sie plötzlich in ziemliche Aufregung, droht mit der Faust und stösst laute unverständliche Worte aus, beruhigt sich aber sehr bald wieder. Spricht viel vor sich hin. 1900 kann man wenigstens auf Fragen bereitwillige Auskunft bekommen. Nur von ihren Sinnestäuschungen spricht sie nicht gern. Nach dem, was man von ihr erfahren kann, hat sie Grössenideen. März 1900 tritt ein Stadium der Hemmung ein. Sie sieht stumpf vor sich hin, antwortet auf keine Frage. Sieht blass und verfallen aus und hat einen fadenförmigen Puls. Körperlich sonst nichts nachweisbar. Temperatur normal. Sie verlässt oft unvermittelt das Bett, kniet ängstlich nieder, macht einige Gesten und legt sich wieder mit starrem Blick hin. In den nächsten Monaten wird die Hemmung durch ein unruhiges, unstetes Wesen abgelöst. Auch in den nächsten Jahren bietet das Krankheitsbild absolut keine Aenderung.

Fall 14. M. W., 28 Jahre alt, Haustochter II. 12. August 1898 bis X.

Ein Bruder geisteskrank. Eltern nervös. Patientin als Kind Masern, mit 15 Jahren Bleichsucht. Mit 16 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Grössenideen. Hallucinationen. Vorübergehende Erregung. Kataton. Jetzt verblödet.

Anamnese: Ein Bruder der Kranken war 5 Wochen geisteskrank, auch in einer Anstalt. Ein Bruder der Kranken starb als Kind an Zahnkrämpfen. Die Mutter giebt an nervös zu sein. Der Vater nervös. Als Kind hat Patientin die Masern durchgemacht. Mit 15 Jahren sehr bleichsüchtig. Zur selben Zeit

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

traten die Menses ein. Dieselben sind sehr schwer und bleiben oft aus. In der Schule hat Patientin gut gelernt, war aber stets etwas überschwenglich. Mit 15 bis 16 Jahren sorgte sie sich häufig um ihre Gesundheit und consultirte verschiedene Aerzte. April 1894 verlor sie den Appetit, wurde schlaflos, unruhig, aufgeregt. Machte allerlei merkwürdige Streiche. Gratulirte einen hochgestellten Beamten persönlich zu seinem Geburtstage. Die Unruhe steigerte sich mehr und mehr. Sie sang, deklamirte, sprang aus dem Fenster, sagte: sie sei mit Jesus verlobt. Dabei unreinlich; sie schmierte. Sie wurde dann am 10. August 1894 in die Anstalt aufgenommen. War sehr unruhig, unreinlich, schmierte, machte einen ekstatischen Eindruck. Nimmt allerlei sonderbare Stellungen ein, kniet nieder, legt sich platt auf den Boten, faltet die Hände. Auf Fragen antwortet sie entweder garnicht oder nur ganz kurz und abweisend. Sie verstand an sie gerichtete Fragen anscheinend sehr gut. Mehrfach hat sie um Watte gebeten, um sich die Ohren zuzustopfen. Sie sang häufig Lieder, zum Theil anstössigen Inhalts. Gesticuliert viel mit den Armen und redet in Reiterationen. Sie zeigte ein albernes läppisches Wesen, lachte unmotiviert auf. Aeusserte Grössenideen, sie wäre Christus. Sie nimmt eine ganz gebückte schiefe Haltung beim Sitzen und Gehen ein. Sie wäre steinreich, äusserte sie öfter. Redet ihre Mutter mit Frau Gräfin an, behauptete, sie sei schwanger. Beim Ausgang, wo sie wieder allerlei Streiche machte, z. B. an anderen Kranken herumzupfte und mit Steinen warf, entwich sie (am 6. Juni 1895). In ihrem Wesen änderte sich nach ihrer Entlassung wenig. 2—3 Wochen vor ihrer zweiten Aufnahme am 12. August 1898 wurde sie sehr einsilbig, während sie zu andrer Zeit das unsinnigste Zeug zusammenredete. Zeitweise tobsüchtig, schimpfte dazwischen und trug religiöse Wahnideen vor. Hatte lebhafte Gehörshallucinationen. War zerstörungssüchtig und gewalthätig.

Status: Körperlich: Schlankgebautes junges Mädchen. Sehr blass. Am Schädel keine Abnormitäten. Die Pupillen sind gleich weit und reagiren langsam. Herz und Lungen sind gesund. Nervöser Befund normal.

Psychisch: Von neuem hier aufgenommen, ist sie sehr unruhig und unrein. Spricht mit niemandem. Macht allerlei geheimnisvolle Bewegungen. Zieht sich nicht an. Theatralische Haltung. Aeussert: sie wäre Columbus, sie wolle nach Spanien. Sie schielt oft und heftet dabei immer den Blick auf eine Stelle. Giebt Gehörshallucinationen zu. Neckisches Wesen. Mit der Zeit wird sie ruhiger, aber sie sitzt dann immer in schlaffer Haltung zusammengesunken im Lehnstuhl und blickt meistens apathisch vor sich hin. Sie gesticulirt sehr viel, grimassirt, lacht sehr laut ohne jeden äusseren Grund. Februar 1901 sitzt sie theilnahmslos auf den Bänken, den Kopf in die Hände gestützt. Antwortet nicht auf Fragen. Nässt ab und zu ein. Aeussert spontan bisweilen zusammenhanglose Worte und lacht vor sich hin. Zerschlägt Geschirr. März 1904 ist sie völlig verblödet. Sie geht mit blödem Gesicht in der Abtheilung umher und beschäftigt sich nicht. Nässt Tag und Nacht ein. Muss an- und ausgezogen werden. Bei den Mahlzeiten muss sie wie ein Kind gefüttert werden. Dabei nimmt sie gar keine Notiz vom Essen selbst. Sie stiert in der Luft umher, sieht den Teller garnicht an, achtet nicht auf den

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geführten Löffel, und es ist ihr gleichgültig, ob man mit dem Füttern aufhört oder nicht. So auch heute noch.

Fall 15. M. S., 22 Jahre alt, Retoucheuse, 13. September 1904 bis x.

Keine Heredität. Geistig und körperlich normal entwickelt, Mit 19 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Selbstvorwürfe. Unstet. Vorübergehend verwirrt. Schwere Erregung. Zur Zeit völlig abweisend.

Anamnese: Keine Heredität. Patientin hat sich körperlich und geistig normal entwickelt und hat bis vor 2 Jahren keinerlei geistige Störungen gezeigt. Seit dieser Zeit unruhig und erregt. Seltsame Reden, Vorwürfe über eingebildete Verfehlungen. Drängte sehr fort. Stierer Blick. Dieser Zustand ging rasch vorüber und sie hat dann wieder ordentlich gearbeitet. Allmählich führte sie dann aber ein unstetes Wesen, reiste hin und her. Machte sich wieder Selbstvorwürfe. Wurde ausschweifend. Inficirte sich luetisch. Sehr viel wirre Reden.

Status: Körperlich: Ziemlich klein. Schlank. Mässig genährt. Gesunde Gesichtsfarbe. Schädel symmetrisch. Keine Störung der Innervation. Sonst keine Abnormität.

Psychisch: Ruhig und geordnet. Giebt freundliche Auskunft. Plötzlich wird sie aber sehr vergnügt. Lacht viel vor sich hin. Ihre Antworten werden albern und schnippisch. Das erregte Wesen nimmt zu: Aeussert: sie würde vergiftet. Erregt. Ihr Benehmen erinnert ganz an das eines unerzogenen Kindes. Schliesslich beantwortet sie überhaupt keine Frage mehr, liegt ganz unbeweglich im Bett, führt auch keine Befehle mehr aus und nimmt nur die Nahrung zu sich, wenn sie ihr direct in die Hand gegeben wird. Sie ist dabei über Ort, Zeit und Umgebung völlig orientirt. Es gelingt aber bei dem albernen kindischen Wesen, mit dem sie die Fragen beantwortet, nicht ein Urtheil über die Verstandesthätigkeit, das Kritik- und Urtheilsvermögen der Patientin zu gewinnen. Schwerere Intelligenz-Defecte lassen sich aber nicht nachweisen. Die Schulkenntnisse entsprechen ihrem Bildungsgange. Das Gedächtniss für die jüngste und fernere Vergangenheit ist nicht gestört. Oft impulsive Reden und Handlungen. Sie wird mit der Zeit freundlicher, mittheilsamer. Besorgt sich selbst, reagirt aber meistens doch nicht auf Fragen. Plötzlich fängt sie wieder an zu lachen. Gelegentlich zerstörungssüchtig. Unmotivirt. Streit mit den übrigen Kranken. Sie schreibt die gemeinsten Briefe an ihre Eltern und macht ihnen die schwersten Vorwürfe. Die äussere Form des Briefes war sehr unsauber. Im Februar ist die Stimmung äusserst heiter. Statt aller Antwort lacht sie meist. Bei dem Besuch ihrer Angehörigen keinerlei Interesse für dieselben. Im April zerstört sie in triebartiger Weise mehrere Blumentöpfe. Sie hat immer noch ihr unmotivirtes Lachen statt der Antworten. Jetzt verhält sie sich gewöhnlich ruhig, sitzt aber theilnahmslos in irgend einer Ecke. Sie kümmert sich garnicht um ihre Umgebung, spricht kein Wort. Auch auf Fragen keine Antworten. Sie beobachtet aber genau die Vorgänge in ihrer Umgebung. Beim Essen ist sie äusserst gierig. Sie besorgt sich nicht mehr selbst. Sie ist auch in ihrer Kleidung nachlässig,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

doch sauber. Sie muss an- und ausgezogen, gewaschen und gekämmt werden. Beim Essen ist sie unsauber. Oft nimmt sie anderen Kranken die Speisen fort. Auch jetzt bietet das Bild keinerlei Aenderung.

Fall 16. F. Z., Tischlergeselle. 18. August 1903 bis 11. December 1903. 22 Jahre alt.

Nicht belastet. Mit 21 Jahren im Anschluss an körperliche Erkrankung acut psychisch unter Angst, Hallucinationen erkrankt. Hemmung. Hypochondrische und Versündigungsideen. Depression. Besserung durch Verschwinden der psychotischen Symptome. Jetzt ohne Interesse, stumpf, depressiv.

Anamnese: Hereditär: nihil. Vom Militär nach einer Brustfellentzündung als untauglich entlassen. Juli 1903 erneut Lungenentzündung und ausserdem Durchfall. Aufnahme ins Krankenhaus. Daselbst plötzlich ängstlich, hört Stimmen, versucht aus dem Fenster zu klettern. In die Irrenbeobachtungsstation überführt, wird er allmählich ganz stumm und leicht kataleptisch. Liegt ohne sich zu rühren im Bett. Antwortet nicht auf Fragen.

Status: Körperlich: Gross, kräftig, völlig bartlos. Blasses Aussehen. Achselhaare schwach entwickelt. Schädel etwas klein, symmetrisch. Stirn etwas niedrig. Kinn stark ausgebildet. Ohrläppchen angewachsen. Tremor der Lider, Zunge und gespreizten Finger. Reflexe gleich. Auch sonstiger Befund o. B.

Psychisch: Zeitlich und örtlich gut orientirt. Krankheitsgefühl. Hypochondrische Ideen. Versündigungsgedanken. Er fasst diesen Aufenthalt als Busse auf. Liegt äusserst gehemmt mit starrem Gesichtsausdruck auf dem Rücken und bewegt die Lippen hin und wieder. Alle Antworten erfolgen äusserst langsam und unter Seufzen. Der Vorstellungsablauf ist verlangsamt. Der Kranke nässt ein. In den nächsten Tagen wieder etwas freier, munterer und lebhafter sowie zugänglicher, hilft auch ab und zu; zeigt aber trotzdem noch in den nächsten Monaten ein zurückhaltendes und verschlossenes Wesen, selbst gegen die anderen Kranken. Hallucinationen verschwinden, desgleichen die somatopsychischen Wahnideen. Im Herbst äussert der bisher recht abweisende Kranke, aus dem durch Fragen nichts herauszubringen war, plötzlich: er würde, wenn er nicht sofort entlassen würde, sich aufhängen. Diese kleine Erregung geht recht bald vorüber. Aeussert dann keine Selbstmordgedanken wieder. Ende October vorübergehend wieder gehemmt. Im November nimmt das Körpergewicht sehr zu. Er wird wieder freier, ist freundlich und bescheiden, hilft fleissig und fragt brieflich bei seinem früheren Meister an, ob er nicht wieder bei ihm arbeiten könne. Entlassen.

Katamnestische Erkundigungen ergeben keinerlei Besserung des Zustandes. Von einer selbstständigen Thätigkeit, speciell von einer Initiative kann keine Rede sein. Selbst Arbeit unter Aufsicht kann er nicht dauernd ausführen; ständig ablenkbar und leicht erschöpfbar. Viel Klagen über Kopfweh: auch allgemeine Sensationen werden vorgebracht, Stimmung immer niedergeschlagen und muthlos. Oft muss die Arbeit Tage lang ausgesetzt werden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall 17. H. K., Bürstenmachergeselle. 20. März 1897 bis 23. Aug. 1897. 20 Jahre alt (Aufnahme).

Keine Anamnese. Acut im Gefängniss erkrankt. Hallucinationen Erregung. Incohärenz. Kataton. Vorübergehend verwirrt. Grössenideen. Stupor. Völlig verblödet. Ad exitum.

Anamnese: Nichts Besonderes bekannt als Folgendes: Er war aus dem Gefängniss, wo er wegen Zechprellerei in Haft war, dem K. III in H. zugeführt. Im Gefängniss war er plötzlich durch seinen eigenthümlichen Gesichtsausdruck und dadurch, dass er immer vor sich hinlächelte, aufgefallen. In den letzten Tagen war er sogar mit dem Messer aggressiv auf die anderen Gefangenen losgegangen. Er hallucinirte viel, hörte Stimmen, wurde sehr unruhig und erregt.

Status: Körperlich: Kräftig gebaut. Untersetzte Figur. Schädel hinten etwas stark abgeflacht. Gaumen ziemlich hoch. Sonst keine Abnormitäten.

Psychisch: Bei der Aufnahme ziemlich ruhig, doch gleichgültig und theilnahmslos. Oft hat er ein blödes Lächeln an sich. Vorübergehend etwas unruhig. Redet lauter dummes Zeug durcheinander. Zerreisst sein Zeug und seine Mütze. Ziemlich theilnahmslos und stumpf. Spricht unaufhörlich unverständliche Worte vor sich hin. Sitzt stundenlang in derselben Haltung. In diesem Zustande nach K. überführt.

Verlauf: In seinen Bewegungen ein gewisses ruckweises Stocken, dann wieder eine freie Action. „Haesitiren der Bewegungen". Antwort in Reiterationen. Alles in skizzirter Sprechweise hervorgestossen. Völlig desorientirt; über die in seiner Umgebung sich abspielenden Vorgänge relativ besonnen. Daneben Perioden völliger Verwirrung. Ganz unbequem gebückte Stellungen; murmelt vor sich hin. — Nässt ein. — Muss besorgt werden.

Vollständig unfähig, auch nur einfache Gedanken logisch durchzuführen; die widersinnigsten Dinge werden zu einander in Beziehung gebracht.

Januar 1898: Völlige Zerfahrenheit, kein Zustandekommen irgend eines ordentlich durchgeführten Gedankens. Bewegungs- und Lautstereotypien. Keine Hallucinationen. Vage Grössenideen; Verkennen von Personen.

Juli 1898: Verblödung scheint schnelle Fortschritte zu machen; nichtssagender, jeder Mimik entbehrender Gesichtsausdruck.

September 1898: Stupor.

November 1898: Erregung.

Juli 1899: Geht in geistiger Beziehung enorm zurück. Während früher noch mit etwas Energie ein einfaches Gespräch geführt werden konnte, kommt seine Antwort nicht mehr über das stereotype „ich sage guten Morgen, Herr Doctor", hinweg.

September 1899: Automatismus: in stereotypen Kopfbewegungen stärker. Personificirter Automat.

September 1900: Sitzt immer wie gebannt.

Januar 1901: Ständig derselbe Spannungszustand. Schreibt drei Tage an einem Briefe an seinen Bruder.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mai 1901: Oedem in den Beinen. Giebt manchmal wie ex abrupto sinngemässe Antworten; namentlich achtet er vielmehr auf die Vorgänge in der Umgebung, als man nach seinem Aeusseren und Gebahren meinen würde.

Juni 1901: Trotz statuenartigen Verhaltens über Vorgänge in der Umgebung orientirt. Oedem.

Juli 1901: Wird er aufgefordert, aufzustehen und herumzugehen, so sieht er einen erst eine zeitlang an, dann plötzlich erhebt er sich, wie wenn er sich lossreissen müsste, und geht dann ruckweise vorwärts, ein Stück weit geht er ganz automatisch, dann plötzlich bleibt er stehen, bewegt die Füsse am Platze, so dass es aussieht, als wollte er schon weiter gehen, aber gleichzeitig von einer unsichtbaren Macht zurückgehalten werde.

Januar 1902: Häufig Oedem der Füsse.

Mai 1903: Wie bisher: Stereotype Haltungen und Bewegungen. Verbigerationen.

März 1904: Körperlicher Verfall, Lungentuberculose.

Fall 18. V. C., 25 Jahre alt, Kaufmann, 11. December 1903 bis 18. Februar 1905. †.

Anamnestisch nichts bekannt. Verwirrt angetroffen. Somatopsychische Wahnideen. Hallucintionen. Angst. Katatone Anfälle. So ad exitum.

Anamnese: Ueber Vorleben nichts bekannt.

12. November 1903. Irreredend umherlaufend, von der Polizei aufgegriffen. K. H. III. H. Aengstlich, unruhig. Personenverwechselung. Nahrungsverweigerung. Nässt ein. Hypochondrisch-somatische Ideen.

Status: Körperlich: gross, hager, blass schlecht genährt. Augenbrauen verwachsen. Temporalarterie geschlängelt. Henkelohr mit Andeutung von Spitzohr. Ohrläppchen angewachsen. Tremor manuum. Sensibilität herabgesetzt.

Psychisch: Aengstlich, verwirrt. Grössenideen. Unsinnige Reden. Viele Wiederholungen. Täuschung über seine eigene Person. Auffassungsvermögen sehr reducirt, daher Reproductionsfähigkeit und Merkfähigkeit herabgesetzt. Gedächtniss für jüngste Sachen sehr getrübt. Somatisch-hypochondrische Wahnideen. Wohl auch Hallucinationen. Schnelle Ermüdung, bald unrichtige Antworten. Intelligenz nicht zu prüfen.

Aengstlich, unruhig. Nahrungsverweigerung. Lebhafte Gesichtshallucinationen, Personenverkennung, Oedeme, Onanie; will verheirathet sein. Erzählt täglich stereotyp dieselben Geschichten.

August 1904. Anfall, bricht zusammen. Zuckungen im rechten Arm. Keine Temperatursteigerung.

Unruhe, Selbstgespräche. Lautes Auflachen.

December. Ohnmacht auf dem Wege zum Closett, nach Angabe der Wärter kreidebleich. Zuckungen um die Mundwinkel, 38,0.

Pupillen reagiren prompt. Aber ganz verwirrt. Tags darauf Grössenideen 39,0, verwirrte Reden; äusserlich orientirt. Albumen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Januar. Lungentuberculose. Februar: Exitus.

Fall 19. M. O., Haustochter, 24 Jahre alt. 2. Mai 1904 bis 13. März 1905. (†).

Keine Heredität. Bleichsucht. Mit 22 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Depression. Hallucinationen. Wahnideen. Suicidversuche. Hemmung. Grössenideen. So ad exitum.

Anamnese: Keine Heredität. November 1903. Chlorose, dann tiefsinnig, weinte viel ohne Grund. Jetzt unter Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen Neigung zu Suicidium.

Status: Körperlich: Blass und anämisch; Grösse und Ernährungszustand mittelmässig. Dünne Behaarung des Kopfes. Keine hysterische Stigmata. Reflexe gesteigert. Schmerzempfindung herabgesetzt.

Psychisch: Orientirt. Still, etwas gehemmt. Ziemlich theilnahm- und affectlos. Sie betet viel. Gesichtsausdruck maskenartig. Schwere Versündigungsideen; alle Aeuserungen, selbst darüber kommen treulos und apathisch heraus. Gehörshallucinationen: Engelsstimmen. Unter diesem Einfluss desorientirt. Bei energischem Zufragen in den Abgaben schwankend, erweist sich orientirt. Einzelnen Aufforderungen kommt sie maschinenmässig nach. Schulkenntnisse entsprechen dem Bildungsgange. Gedächtniss für frühere Zeiten gut; für jüngere Ereignisse schlecht. Reproduction von eben Gesagtem schlecht. Auffassungsvermögen schlecht. Beim Versuch des Briefschreibens kommt sie über einige Zeilen nicht hinaus. Nach 4 Wochen treten Versündigungswahnideen mehr zurück. Keinerlei Krankheitseinsicht. Grössenideen: sie habe mit Gott verkehrt etc. Nach weiteren 14 Tagen kataleptische Symptome. Befehlsautomatie und Negativismus. Diese Erscheinungen steigern sich mehr und mehr.

Ende des Jahres 1904: Floride Phthisis pulmonum. Völlig unzugänglich. Keinerlei Antworten mehr.

Exitus: 13. März 1905.

Von den in diesem Theil angeführten Fällen möchte ich zunächst Fall 1—16 gemeinschaftlich besprechen, unter besonderer Berücksichtigung der Fälle 10, 15, 16.

Vergleicht man die Fälle der Gruppe 4 mit denen der Gruppe III und fasst man dabei besonders den Beginn ins Auge, so kann man keinen Unterschied gegen die Letzteren finden, man hat auch hier acuten und subacuten Beginn, und zwar letzteren häufiger als ersteren. Bei erhaltener Besonnenheit und Orientirung wurden dann die Individuen allmählich anders in ihrem Wesen und Verhalten, wurden sozusagen sonderbar, gewöhnlich auffallend still, zogen sich zurück und zeigten meistens eine depressive Stimmung. Diese combinirt mit Versündigungs- und Kleinheitsideen überwog bei weitem (2, 5, 6, 10, 11, 13), in diesen Fällen traten Wahnideen und Hallucinationen nicht so eklatant hervor. In anderen Fällen nahm die Depression einen weit stärkeren Charakter

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an; man fand als Ursache Hallucinationen und Wahnideen (13, 14). Einzelne Kranke zeigten schon auffallend lange vor Ausbruch der Psychose ein reizbares Wesen (8, 9, 15). Andere liessen in ihrer Thätigkeit nach und ermüdeten mehr und mehr (12).

So überaus mannigfaltig sind die Möglichkeiten des Beginns, also genau so wie bei den Fällen der Gruppe III. Ein Moment möchte ich auch hier nicht unerwähnt lassen: es fehlen in keinem einzigen Fall Wahnideen und Hallucinationen; bei Fall 10 konnte man letztere allerdings nicht so deutlich nachweisen, immerhin liess aber das Zustandsbild und später auch der Verlauf mit Sicherheit auf das Vorhandensein solcher schliessen.

Die Zustandsbilder bei der Gruppe IV sind in jedem einzelnen Fall an Zahl wohl nicht so mannigfaltig wie bei Gruppe II und III. Immerhin lösen sich auch hier einige Zustandsbilder ab. Die Dauer der einzelnen hält aber hier viel länger an. Man kann wohl mit Recht sagen: mancher Fall der Gruppe II und III bot in seinem relativ kurzen Verlauf (1—2 Jahre) die doppelte Zahl von Zustandsbildern wie mancher der hier angeführten Fälle in ihrem zum Theil jahrzehntelangen Verlauf. Man vermisst maniakalische Zustände wie man sie in Gruppe II und III so reichlich fand. Hier überwiegend Angst, Depression und Hemmung.

Vergleichen wir nun ein einzelnes Zustandsbild mit einem solchen der früheren Gruppe, so findet man keinen Unterschied. Die Aufmerksamkeit hat in erster Linie gelitten. Die Orientirung ist — abgesehen von den wenigen Fällen, wo zu Beginn eine Verwirrtheit bestand — in den ersten Jahren nicht gestört. Die Gedanken und Vorstellungen sind dürftig; ihre Verbindung ist unsinnig und zerfahren. Das Urtheil ist schwer geschädigt. Die Wahnideen zeigen keinen inhaltlichen Zusammenhang, sie wechseln oft. Auch hier findet man eine ausserordentliche Monotonie und geringe Zahl in den Symptomen überhaupt, eben darum, weil das noch unfertige Gehirn eine grosse Mannigfaltigkeit complicirt angelegter Wahnideen nicht zu produciren vermag. Auch hier muss hervorgehoben werden, dass das ganze Verhalten und Benehmen der Kranken absolut nicht im Einklang mit den Wahnvorstellungen und Hallucinationen steht. Auch hier kann man geradezu von einer Disharmonie sprechen.

Diese Zustandsbilder hat man auch bei Gruppe II. Jetzt schliesst sich hier aber ein Stadium der völligen Apathie und Gleichgültigkeit an, in dem vor allen der Mangel an Initiative vorherrscht. Dies entspricht im Allgemeinen dem Endstadium der Fälle in Gruppe II: grosse Wunsch- und Bedürfnislosigkeit; Fehlen jeglicher Initiative; gewisse

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

alberne und läppische Züge im ganzen Benehmen und Handeln; das ganze Verhalten kann nicht mehr der jeweiligen Lage angepasst werden; es fehlt bei den Individuen die innere Einheitlichkeit. Man hat im Allgemeinen ein Bild vor sich, wie man es vor Eintritt in die Pubertät findet.

Aber auf diesem Stadium bleiben die Kranken nicht. Es erleidet allmählich auch die einfache Auffassung eine gröbere Beeinträchtigung. Das Gedächtniss zeigt allmählich Lücken. Es werden schon länger keine neuen Wahnideen mehr producirt; die alten schwinden mehr und mehr. Zu der schweren Schädigung des Gemüths gesellt sich allmählich eine völlige Zerstörung jeglichen Willensantriebes. Das Bewusstsein trübsich. Die Orientirungsfähigkeit schwindet zum grossen Theil, wie Fall 1, 2, 3, 4, 8, 9 treffend beweisen. Die Patienten kennen die Mitkranken nicht mehr. Monate können nicht mehr rückwärts hergesagt werden. Die Zahl derselben wird falsch angegeben, desgleichen die Zahl der Wochentage. Es besteht vollkommene Unfähigkeit sich schriftlich oder mündlich geordnet auszudrücken.

Es mehren sich und werden beständiger die katatonen Symptome. Es tritt in den Vordergrund das, was man mit dem Ausdruck „Negativismus" bezeichnet. Mit demselben wird aber nicht das Treffende gesagt, da man Negativismus nicht nur in den Endstadien unserer Fälle sondern auch bei schwerer depressiver Hemmung, ferner auf Grund von Wahnideen oder Hallucinationen, bei Hysterie etc. finden kann. Ich möchte daher diesen Ausdruck ganz vermeiden. Die Kranken verlieren jeden Willensantrieb: es kommt nur noch zu einfacher motorischer Erregung, zu plan- und ziellosen Bewegungen. Die Patienten werden für jede äussere Anregung gänzlich unzugänglich. Bei Berührung und passiven Bewegungen tritt sofort Widerstand auf. Den Gesichtsausdruck kann man geradezu maskenhaft nennen. Es gelingt selten überhaupt Antworten zu bekommen. Die Kranken nehmen in ihrem ganzen Verhalten Manieren und Eigenthümlichkeiten an; das Benehmen wird geradezu automatenhaft; es wird alles Schablone. Zu irgendwelchen, selbst ganz mechanischen Arbeiten sind sie nicht mehr zu gebrauchen. In Fall 7 leistet der Kranke allerdings minimale Arbeit; von einer wenn auch noch so geringen Regelmässigkeit kann aber keine Rede sein.

Das ist das Bild des Endstadiums wie es die meisten Fälle unserer Gruppe IV zeigen. Noch nicht bei demselben angelangt, sind die Fälle 10, 11, 15; bei letzteren sind aber die Defecte bereits sehr deutlich nachweisbar. Die drei Kranken sind bereits völlig stumpf und gleichgültig. Motorische Erregungen als Ausfluss unbeeinflussbarer Triebe zeigen die schwere Schädigung des Willens an. Aber die drei Fälle

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lassen noch nicht mit solcher Ausdauer wie die übrigen Fälle die katatonen Symptome zu Tage treten.

Erregungszustände sind bis zum letzten Augenblick bei jedem Fall zu beobachten. Gewöhnlich mögen Hallucinationen, die jedenfalls noch mit Sicherheit bis zuletzt bestehen, die Ursache sein. Es gelingt aber leider meistens nicht, die Kranken in diesen Stadien zu Auskünften zu veranlassen.

Besonders eingehen möchte ich noch auf Fall 16, speciell weil er dasselbe Stadium ausserhalb der Anstalt in der Familie, wenn auch noch nicht ganz erreicht hat, jedenfalls mit grosser Wahrscheinlichkeit noch erreichen wird. Er lebt vollkommen wunsch- und interessenlos in den Tag hinein, steht stundenlang auf demselben Fleck, macht oft ununterbrochen dieselben Bewegungen. An eine etwas länger anhaltende Arbeit ist nicht zu denken. Auch sind noch Stimmungsaffecte bei ihm zu beobachten; oft ist er einige Tage lang niedergeschlagen und muthlos. Dann wird selbst aus der mechanischen Arbeit nichts. Das jahrelange Anhalten der katatonen Symptome giebt diesem Fall die infauste Prognose.

Man könnte diesen Fall, im Allgemeinen betrachtet, wohl auch zur Gruppe III rechnen, besonders wenn man das Endstadium der Fälle der vorigen Gruppe ins Auge fasst. Aber genauer betrachtet, leisten die Kranken der Gruppe III doch noch mehr, sie bleiben wenigstens mechanische Arbeitswerkzeuge. Was man ferner bei diesem Fall ganz vermisst, ist das Auftreten in einzelnen Attaquen, oder mit anderem Wort die Remissionen. Im Gegentheil verläuft dieser Fall sehr rasch und zeigt zu keiner Zeit Tendenz zur Besserung.

Auf dem schweren Defectzustande wie die übrigen Fälle der Gruppe IV ist er noch nicht angelangt: der Willensantrieb ist noch nicht ganz vernichtet. Doch giebt das frühe Auftreten und vor allem das überaus lange Anhalten (3 Jahre) der katatonen Symptome eine schlechte Prognose ab.

Die Fälle der Gruppe IV in ihrem Endstadium kann man im Allgemeinen mit den Fällen schwerer Idiotie vergleichen; der geistige Besitzstand ist sehr tief gesunken, zum Theil gleich Null. Die Orientirung ist geschwunden; Auffassung, Gedächtniss, Merkfähigkeit haben starke Einbusse erlitten.

In den bisherigen Abschnitten habe ich nur Fälle besprochen, bei denen die psychische Erkrankung ein bis zur Pubertät vollkommen normal entwickeltes Gehirn befallen hat. Im Anschluss hieran möchte ich zwei Beispiele anführen, bei denen sich auf dem Boden einer Imbecillität leichten Grades die psychische Erkrankung entwickelt hat.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall 1. E. M., 18 Jahre. Haussohn. 5. October 1901 bis 17. December 1901.

Schwer belastet. Patient von frühester Kindheit an geistesschwach, erst spät confirmirt. Lernte schwer. Mit 18 Jahren acuter Erregungszustand. Verwirrt. Incohärenz. Nach einigen Wochen abklingende Erregung. Allgemeine Geistesschwäche.

Anamnese: Vater geisteskrank; in der Irrenanstalt gestorben; dementer Alkoholiker. Patient von frühester Kindheit an geistesschwach, lernte sehr schwer, spät confirmirt. Im Allgemeinen gutmüthig und folgsam, kindisch, zeitweise leichte Erregungszustände. Vor 3 Wochen plötzlich grosse Unruhe. Patient sprach viel, wurde heftig, klagte über Kopfschmerzen, war verwirrt und theilweise aggressiv. Schalt viel zum Fenster hinaus, glaubte sich von seiner Umgebung beleidigt. Wird seiner dauernden heftigen Erregung wegen nach hier überführt. Sonstige körperliche Krankheiten haben nicht bestanden.

Status: Körperlich: Ziemlich gross, kräftig. Anämische Schleimhäute. Kopfumfang 50 cm. Gaumen: steil. Tracheotomie- und Halsdrüsenoperationsnarben. Genitalien stark entwickelt. Kniehackenversuch gelingt nicht; sonst o. B.

Psychisch: Völlig orientirt; immer heiter; macht sich aus nichts etwas. Schwatzt immer verständnisslos und unzusammenhängend vor sich hin.

Wo sind wir hier? In einer Klinik.

In was für einer? Einer Heilanstalt.

Für was für Krankheiten denn? Für Augenkrankheiten — nein, ich glaube für den Kopf.

Für Geisteskranke? Ja, für Geisteskranke.

Weshalb sind Sie hierher gekommen? Wegen Leib- und Kopfschmerzen.

Die Auseinandersetzung, dass er sich in einer Irrenanstalt befinde, macht auf ihn absolut keinen Eindruck.

Patient ist meist heiterer, zufriedener Stimmung.

Der Vorstellungsablauf ist bei ihm entschieden verlangsamt.

In seiner Rede folgen die einzelnen Wortgebilde und sprachlichen Aeusserungen ohne Sinn in gänzlich zusammenhangloser Weise.

Die Intelligenz erscheint stark herabgesetzt. Patient macht in Allem einen stark zurückgebliebenen Eindruck. Sein Wissen entspricht im Allgemeinen dem eines 10jährigen Knaben, sein Urtheilsvermögen ist ganz unentwickelt.

Sein Rechnen ist schwach. Er beherrscht mechanisch das kleine Einmaleins.

$7 \times 9 = 63$. $113 - 21$ das sind 93, und 1, das giebt 92.

In der Religion hat er einen Haufen Zeugs mechanisch in sich aufgenommen und giebt das Erlernte ebenso mechanisch und verständnisslos wieder von sich.

Genau so ist es in der Geographie und Geschichte. Auf dem Gebiete neuerer Politik versagt er völlig.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beispiele. Göttingen gehört zur Provinz Hannover. Die Provinz H. gehört zum Regierungsbezirk Hildesheim. Der Regierungsbezirk Hildesheim gehört zum Amt Stade, Osnabrück und Aurich. Das alles gehört zum Hauptmeldeamt Göttingen — steht ja überall angeschrieben.

Gehört die Provinz Hannover zum Deutschen Reich? Berlin gehört zum Deutschen Reich.

Den Kaiser Wilhelm II. giebt er mit Namen richtig an, er regiere seit 27. Januar 1859.

Da regierte doch der alte Kaiser? Nein, der starb ja 1797, da war ich noch nicht geboren.

Haben Sie in letzter Zeit was von Kriegen gehört? Ja, mit den Buren war Krieg in Südafrika und mit den Chinesen in China.

Wer führte denn mit den Buren Krieg? Die Holländer und Kapholländer.

Und mit den Chinesen? Weiss ich nicht.

Mit uns Deutschen? Nein.

Doch! Ach ich bin ja garnicht dabei gewesen, das geht mich ja garnichts an. —

Besuche der Angehörigen machen absolut keinen Eindruck auf ihn. Ueberhaupt apathisch und gleichgültig. Masturbirt viel. Sehr unverträglich. Wird in Familienpflege gegeben und beschäftigt sich dort mit leichten Arbeiten.

Fall 2. O. M., 27 Jahre alt, cand. theol. 17. Mai 1904 bis x.

Belastet. Von klein auf geistesschwach. Lernte schwer. Bestaud mit Mühe Examina. Als Student acuter Erregungszustand. Psychose zur Zeit noch nicht abgeklungen. Erheblicher Grad von Geistesschwäche.

Anamnese: Grossvater an progressiver Paralyse gestorben; Vater fühlte sich stets zurückgesetzt. Patient als Junge hochmüthig, tyrannisirte seine Geschwister, wurde reizbar bei Widerspruch, glaubte geistig über allen Menschen zu stehen, „sein Geist genüge für 3 Menschen“. Im elterlichen Hause verzogen und überschätzt, daher hochmüthig gegen die Aussenwelt; kein Verkehr mit gleichaltrigen Knaben; bei mangelhaften Leistungen (bereits auf der Schule) Gefühl der Beeinträchtigung durch die äusseren Verhältnisse. Von dem 1. theologischen Examen 2 Mal zurückgetreten; das zweite hat er garnicht gemacht. Während des Einjährigen Dienstjahres (1902/03) auffallendes Benehmen. Trotz bescheidener Verhältnisse extravagante Ausgaben; viel Sinn für Aeusseres; hielt Moralpredigten, war streitsüchtig, vom Militär schliesslich befreit. Dann Privatlehrer. Grosse Briefe der gröbesten Art mit Vorschlägen und Reformplänen an Kaiser, Minister, Consistorium.

Status. Körperlich: kräftig, gesund aussehend. Beide Schilddrüsenlappen vergrössert.

Psychisch: Stets orientirt. Gesichtsausdruck: freundlich, gewinnend, gönnerhaft, selbstbewusst. Stimmung: meist freundlich gehoben, doch sehr leicht reizbar, bei Annäherung sofort. Vorstellungsablauf: lebhaft, erzählt

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

formal richtig; schweift leicht ab, verliert den Faden, kann sich nicht auf seine Gedanken concentriren. Schulkenntnisse auffallend gering. Gedächtniss gut; Merkfähigkeit herabgesetzt. Aeusserst geringes Urtheils- und Kritikvermögen: Selbstüberschätzung; Wahnideen der unglaublichsten Reformpläne. Allen Aeusserungen fehlt jegliche Begründung. Keinen Einwurf weiss er zu widerlegen. Verfasst unzählige Schriften, die von Fremd- und Schlagwörtern strotzen; es kehren immer dieselben leeren Phrasen und hochtrabenden Ausdrücke wieder. Schon das Aeussere seiner Schriften zeigt Unordnung, Mangel an Ueberblick und Ueberlegung.

Verlauf. Er hat sich sehr schnell in das Anstaltsleben gefunden, ist stets mit Allem zufrieden; sehr apathisches Verhalten. Seine regen Grössenideen mit den unsinnigsten Reformplänen halten an. Abgesehen von langdauernden, nur selten auftretenden Erregungszuständen trägt er seine Situation mit auffallendem Gleichmuth.

Genannte Fälle unterscheiden sich von einander wesentlich dadurch, dass bei dem ersten Fall die Psychose bereits abgeklungen, bei dem zweiten noch im vollem Gange ist. Ein besonderer Anlass für den Ausbruch der Psychosen, wie er z. B. von Reuter für solche Fälle gefordert, ist in beiden Fällen nicht festzustellen. Nach dem Ablauf der Psychose finden wir dann einen geistigen Schwächezustand, den wir wohl leicht geneigt sind, zumal, wenn er noch nicht so schweren Grades ist, auf die Kosten der Psychose zu schreiben. Bei genauer Prüfung der Anamnese finden wir aber die Spuren des schon vorher vorhanden gewesenen Schwachsinns, der stationär bleiben kann, gewöhnlich sich aber rasch zur vollen Verblödung ausbildet.

Für die Erhebung der Anamnese ist die Exploration in erster Linie von Nichtangehörigen rathsam z. B. Lehrer, Pastor etc.; sie werden schon in der Lage sein, Beobachtungen von abnormen Zügen bei den in Frage kommenden Kranken anzugeben. Die Angehörigen sind gewöhnlich sogar die ersten, die die Kinder verkennen und deren Schwachsinn durchaus nicht zugeben wollen. Den besten Beweis dafür liefert wohl der Fall 2. Die Eltern suchen das hochmüthige, abweisende Verhalten der Kinder gegenüber den Geschwistern und Spielgefährten sogar noch besonders zu loben, zu unterstützen, jedenfalls sehr zu verkennen. Erst die späteren Jahre klären sie in so trauriger aber eklatanter Weise auf.

Der klinische Befund gleicht auf den ersten Blick vollkommen dem, den wir bei den Fällen der Gruppe 1 haben; es zeigt sich unzureichendes Urtheils- und Kritikvermögen, Mangel an Begriffen, Initiative und Affect; eine noch so einfache Frage aus dem Schatz der Schulkenntnisse klärt dann die Sachlage auf und man ist überrascht, was für enorme Lücken bestehen: einfache Rechenexempel werden nicht gelöst,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von Heimatskunde weiss der Kranke wenig oder garnichts, von Religionskenntnissen etwas, und das ist nur mechanisch auswendig gelerntes Zeug; das Individuum verbindet auch nicht die geringsten Begriffe damit.

Die Psychose spielt in den meisten Fällen gar keine so wesentliche Rolle wie in Beispiel 2. Fall 1 zeigt den gewöhnlichen Vorgang. Es handelt sich meistens um schwere, aber nur kurze Zeit anhaltende Erregungszustände. Fehlen von Hallucinationen kommt so gut wie garnicht vor. Man ist allerdings leicht geneigt, das Gegentheil anzunehmen, weil einerseits die Kranken sich nicht darüber aussprechen. Andererseits sind die Hallucinationen nicht so zahlreich und intensiv, weil ein von vornherein invalides Gehirn weniger Mannigfaltigkeit in den Symptomen, speciell der Wahnideen und Hallucinationen zu produciren im Stande ist als ein wenigstens bis zur Pubertät normal entwickeltes Gehirn.

Die Fälle laufen gewöhnlich unter der Diagnose: angeborner Schwachsinn mit Erregungszuständen, oder man spricht auch in solchen Fällen von Pfropf-Hebephrenie, oder aber sie gehen schlechtweg als Dementia praecox, als primärer Verblödungsprocess, wobei aber übersehen wird, dass das, was nach Ablauf der acuten Symptome als Schwachsinn imponirt, schon früher bestanden hat und nicht erst durch die intercurrente Psychose gesetzt wurde.

Sie haben ausserdem practisch durch ihre Häufigkeit Bedeutung, da eben leicht imbecille Gehirne besonders geeignet sind in der Pubertät zu erkranken.

Sie bilden einen grossen Theil der jugendlich Criminellen. Leider werden sie, wie gesagt, erst zu spät erkannt. Noch viel schwieriger wird die Beurtheilung, wenn es nicht zu so schweren Erregungszuständen kommt, sondern wenn es nur zu sogenannten „verkehrten Handlungen“ kommt, die dem Laien dann als Unart, Unerzogenheit, Zeichen von Niedergeschlagenheit und dergl. imponiren. Aber bei genauer Berücksichtigung der gesammten psychischen Persönlichkeit wird einem Fachmann die angeborene psychische Insufficienz des Individuums nicht entgehen.

Hier hat man Individuen, bei denen man von Symptomen, die für die Gehirnentwicklung in der Pubertät sprechen, garnichts findet. Sie sind triebartig dahinlebende Individuen, die keinen Altruismus und keine ethischen Vorstellungen kennen, die kurzsichtige, urtheilslose Egoisten sind. Kurz andauernde aber schwere und sich leicht wiederholende Erregungszustände (Fall 1) sind wie gesagt häufiger wie wirklich ausgebildete Psychosen (Fall 2).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Folgenden möchte ich noch einige Puerperalpsychosen besprechen, die ebenfalls in der Pubertät zum Ausbruch gekommen sind.

Fall 1. J. B. Bahnmeistersfrau. II p. 4. Mai 1903 bis 4. Juni 1903. 23 Jahre alt.

Keine Heredität. Geistig und körperlich normal entwickelt. Mit 18 Jahren geheirathet. Mit 19 Jahren post partum leichte Erregung. Mit 23 Jahren post partum acut psychisch erkrankt. Angst. Selbstvorwürfe. Suicidgedanken. Hemmung. Nach einigen Wochen völlig geheilt. Kein Rückfall.

Anamnese: Keine Heredität. Körperlich und psychisch normale Entwickelung. Mit 18 Jahren geheirathet. Leichter Erregungszustand nach der Geburt des ersten Kindes. Vor 8 Wochen, 14 Tage nach der Geburt des zweiten Kindes, psychisch erkrankt. Aengstlich. Schlief nicht. Trug sich mit Selbstmordgedanken. Machte sich Selbstvorwürfe. Fürchtete in's Gefängniss geworfen zu werden.

Status: Körperlich: Mittelgross, gut genährt. Kräftig. Blühend. Schädel normal. Ohrläppchen angewachsen. Sonst keine Abnormität.

Psychisch: In den ersten Tagen abweisend, dann auffallend still. Giebt als Grund zu ihrem gegenwärtigen deprimirten Gemüthszustand Gedächtnissschwäche an. Sie ist völlig orientirt und klar. Macht sich unnütze Sorgen. Herabsetzung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses lässt sich nachweisen, wie auch eine Verminderung der Auffassungsfähigkeit. Einfache Rechenexempel kann sie rasch im Kopf lösen. Sie hat das Gefühl der Insufficienz. Im Laufe des Mai treten die Selbstanklagen zurück. Sie wird freundlich und gesprächiger, unterhält sich mit anderen Kranken und bietet bei der Entlassung einen völlig geheilten Zustand.

Fall 2. E. D., Ehefrau. 21. März 1899 bis 4. Juli 1899. I p. 25 Jahre alt.

Keine Heredität. Geistig und körperlich normal entwickelt. Mit 24 Jahren post partum acut psychisch erkrankt. Selbstmordversuche. Verfolgungsideen. Angst. Vorübergehend verwirrt. Hallucinationen. Maniakalisch. Albern. Nach mehreren Monaten völlig geheilt. Kein Rückfall.

Anamnese: Keine Heredität. Aus der Jugend nichts Krankhaftes bekannt. Sie litt viel an Verstopfung. Am 25. Januar 1899 leichte Geburt. Das Kind musste nach 8 Tagen wegen Mastitis abgesetzt werden. Am 13. Februar zeigten sich die Symptome des Verfolgungswahns. Sie machte mehrere Selbstmordversuche, trank eine Flasche Chloralhydrat. Am 20. März trank sie 15—20 Gramm Acidum muriaticum purum. Am 21. in die Anstalt überführt.

Status: Körperlich: Klein und gracil gebaut. Mässig genährt. Schädel normal gebildet. Ohren verhältnissmässig gross mit angewachsenen, aber gut differenzirten Ohrläppchen. Stirn niedrig. Geringe Gesichtssymmetrie und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Differenz in der Innervation. Patellarreflexe ungleich, rechts bedeutend stärker als links. Sonst keine Besonderheiten.

Psychisch: Sehr ängstlich, drängt ungestüm zum Bett hinaus. Selbstvorwürfe. Will auf das Gericht. Widerstrebt sehr. Sie muss gefüttert werden. Am 28. März wird sie unruhiger, schläft schlechter, verkennt ihre Umgebung. Nennt die anderen Kranken Verbrecher, die ihr Kind umgebracht. Hallucinirt viel; auch Geschmackshallucinationen. Hört Totenglocken. Im Laufe des April wird sie ruhiger. Sie isst allein und springt nicht mehr aus dem Bett. Sie ist ziemlich abweisend, verlangt fort. Die früher traurige Stimmung wird jetzt heiterer, immerhin aber noch sehr gereizt. Ende Mai hat sie immer noch Wahnideen: es gehöre ihr alles, was sie sehe und was andere Leute trügen, bleibt auch noch bei der Ansicht, ihr Kind sei gemordet, wie überhaupt in ihrer Umgebung immer dauernd gemordet würde. Sie ist über die Zeit nicht orientirt, macht komische Bewegungen bei allen Fragen. Bricht alle Augenblicke in ein thörichtes albernes Lachen aus. Das Datum ihrer letzten Entbindung kann sie richtig und genau angeben. Ueber ihre Menses, die dabei vorkommen, resp. über die bei ihr vorhandenen menstrualen Beschwerden giebt sie sehr ungenaue Auskunft. In einem Briefe an die Angehörigen schreibt sie Mitte Juni allerlei unsinniges Zeug, beschuldigt ihren Mann, an allem Unglück Schuld zu haben, äussert Selbstanklagen, behauptet, alle ihre Sachen wären gestohlen. Im Laufe des Juni wird sie ruhiger und auch vergnügter, schreibt einen etwas geordneten Brief nach Hause und wird am 4. Juli gebessert nach Hause entlassen.

Fall 3. G. St., Ehefrau. 30. März 1900 bis 22. August 1900. I p. 24 Jahre alt.

Hereditär belastet. Körperlich und geistig normal entwickelt. Mit 24 Jahren post partum acut unter Erregung mit Verwirrtheit erkrankt. Hallucinationen. Incohärenz. Hypermetamorphose. Wahnideen. Grössenideen. Nach mehreren Monaten völlig geheilt. Kein Recidiv.

Anamnese: Die Mutter der Kranken soll bei der ersten Entbindung denselben Zustand gehabt haben. Die Schwester der Mutter ist sehr nervös. Patientin ist immer gesund und kräftig und ruhigen Temperaments gewesen. Am 11. März wurde sie von Zwillingen entbunden. Das erste Kind wurde mit der Zange geholt, das zweite war abgestorben. Die Tage nach der Entbindung wurde sie grundlos gegen ihre Umgebung gereizt, wurde unruhig, unrein, konnte nur mit Gewalt im Bett gehalten werden. Verwirrte Reden: unter dem Bette sei der Teufel, lauter Schlangen kommen aus ihrem Leib.

Status: Körperlich: Mittelgross, gracil gebaut. Gesundes Aussehen. Schädel normal. Sonst kein pathologischer Befund.

Psychisch: Sie ist bei der Aufnahme ganz verwirrt. Verkennt ihre Umgebung. Führt ganz incohärente Reden. Auf Anreden reagirt sie nicht. Sie muss mehrere Tage hindurch katheterisirt werden. Im Urin findet sich Eiweiss. Sie hält oft die Ohren zu oder blickt plötzlich starr in eine Richtung. Scheint zu halluciniren. Sie spricht beständig vor sich hin, springt plötzlich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf, winkt mit der Hand und hält sich die Ohren zu. Sie spricht oft englisch, sagt das griechische Alphabet her oder singt. Die incohärenten, mit Ideenflucht und Hypermetamorphose einhergehenden Reden halten den ganzen April hindurch noch an. Die Stimmung ist meist gehoben. Mitte Mai wird sie geordneter in ihrem Verhalten und in ihren Reden. Zeigt Neigung zu allerlei Neckereien. Behauptet, sie sei garnicht verheirathet, sie heisse so und so. Es besteht bei ihr Beschäftigungsdrang. Im Juni schreibt sie einen geordneten Brief an ihren Mann. Sie ist noch sehr lebhaft, zeitweise auch erotisch. Die eingetretene Menstruation ändert nichts an dem Verhalten. Mitte Juni äussert sie Wahnideen in einem Briefe an ihren Mann. Im Aeusseren ist sie sehr nachlässig. Sie läuft mit offenem Kleid und offenem Haar umher. Ist äusserst lebhaft, schwatzt, singt. Stark erotisch. Zu ihrer Lebhaftigkeit gesellt sich Unzufriedenheit. Gewisses gehobenes Selbstgefühl. Ihr ganzes Wesen zeigt einen übertriebenen enthusiastischen Charakter. Im Juli zeigt sie ein mehr geordnetes Wesen. Ist beim Besuch ihres Mannes diesem gegenüber freundlich und zärtlich und in Briefen an ihn sind die anfangs vorhandenen Grössenideen zurückgetreten. Mitte August setzt Krankheitseinsicht ein. Sie giebt zu, Stimmen gehört zu haben, und zwar in englischer Sprache, giebt auch zu, krank gewesen zu sein; sie wisse aber noch alles, was passirt sei. Doch ist sie noch sehr bemüht, für ihre Erkrankung äussere Gründe anzuführen. Entlassung.

Fall 4. R. R., Ehefrau, Ip., 21 Jahre alt, 30. December 1899 bis 6. Juni 1900.

Keine Heredität. Körperlich und geistig normal entwickelt. Bisher stets gesund. Mit 19 Jahren geheiratet. Mit 21 Jahren post partum acute Erregung. Verwirrtheit. Angst. Depression. Nach mehreren Monaten völlig geheilt. Kein Recidiv.

Anamnese: Keine Heredität. Patientin war bisher stets gesund. Hat sich geistig und körperlich normal entwickelt. Vor $1^1/_2$ Jahren geheiratet. Vor 11 Wochen erfolgte in normaler Weise eine Geburt. Das Wochenbett verlief normal. Vor 4 Wochen hatte sie einen Magenkrampf. Vor etwa 8 Tagen traten Zeichen von Geisteskrankheit auf. Sie lief fortwährend umher, schrie und weinte, legte grosse Unruhe an den Tag.

Status: Körperlich: Mittelgross. Gut genährt. Normale Puls- und Athem-Frequenz. Schädel symmetrisch. Zunge weicht etwas nach rechts ab und zittert stark. Keine Störungen der Sensibilität und Motilität. Auch sonst normaler Befund.

Psychisch: Sehr unruhig. Auf Fragen antwortet sie mit unverständlichem Murmeln. Hat einen sehr verwirrten Gesichtsausdruck. Hallucinirt; meint, ihre Angehörigen wären da. Zeitweise ist sie sehr ängstlich, jammert, stöhnt und ist zu keiner Antwort zu bewegen. In ihren Bedürfnissen recht unrein, nässt ein und schmiert. Zweimal im Februar plötzlich Temperatursteigerung bis 39,8°, ohne dass ein bestimmter Grund dafür eruirt werden kann. Im März tritt Unruhe ein. Auf Fragen bekommt man immer noch keine Antwort, vielmehr macht Patientin eine geheimnissvolle Miene, hebt den Finger

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hoch, als ob sie Schweigen gebieten wolle. Ende des Monats wird sie lebhafter, liest in der Bibel oder hält sie doch wenigstens vor sich. Sie nässt immer noch ein. Im April reagirt sie auf Fragen mit einem Lächeln, doch wird sie mit der Zeit freier und antwortet auch zuweilen. Im Mai arbeitet sie fleissig, behauptet, sie sei nie krank gewesen, sie wisse auch nicht, weshalb sie hierher gebracht sei. Die Stimmung bleibt gleichmässig freundlich, doch besteht keine Krankheitseinsicht. Anfang Juni gebessert entlassen.

In dieser Gruppe habe ich 4 Puerperalpsychosen zusammengestellt und zwar von Individuen, die ebenfalls noch in den Pubertätsjahren standen. Sie bieten gegen die anderen Fälle, speciell der Gruppe II, zu denen man sie auch rechnen muss, betreff des Beginns und der Zustandsbilder keinen Unterschied. Keiner der 4 Fälle gleicht dem andern. Sie verlaufen sämmtlich in relativ kurzer Zeit durchaus günstig.

Der Fall 1, eine Zweitgebärende, erkrankte acut mit Angstzustand. Auf Grund von Selbstvorwürfen, Selbstmordgedanken. Sie ist dabei ganz orientirt und empfindet ihre geistige Insufficienz vollkommen. In einigen Wochen war sie vollkommen genesen. Die Katamnese ergab, dass sie sich in kurzer Zeit wieder vollkommen ihren Pflichten als Hausfrau und Mutter widmen konnte. Ihre Stimmung blieb immer gleichmässig. Sie zeigte in ihrem Wesen und Charakter keine Veränderung gegen früher; auch war keine verringerte Widerstandsfähigkeit gegen Aufregungen zu verzeichnen.

Der Fall 2 begann ebenfalls acut unter schwerer Angst auf Grund von Wahnideen und Hallucinationen. Sie war gänzlich unorientirt und widerstrebte in Folge ihrer furchtbaren Angst All und Jedem. Es schloss sich eine schwere motorische Unruhe an. Langsam wurde sie klarer, machte vorübergehend einen rathlosen Eindruck. Die Stimmung schlug dann um: sie war äusserst heiter, das Wesen wurde direct albern und läppisch. Die Briefe zeigten wie alle ihre Aeusserungen Incohärenz. Nachdem dann nochmals eine lange Periode von Angst gefolgt war, wurde sie ruhiger und vollkommen klar. Gebessert nach Hause entlassen.

Daselbst wurde die Stimmung gleichmässig. Patientin erholte sich, vor allem auch körperlich. In einigen Wochen war sie so hergestellt, dass sie ihren Haushalt wieder vollkommen versah und sich in ihrem Wesen und Verhalten ganz wie früher zeigte. Die geistigen Fähigkeiten wiesen keinerlei Veränderung gegen früher auf. Bis jetzt erfolgte Geburten hatten normale Puerperien zur Folge.

Während Fall 1 im Wesentlichen nur ein Zustandsbild darbot, zeigte der letzte Fall mehrere Zustandsbilder, bot vorübergehend das Bild eines albernen Kindes; maniakalische und Angstzustände lösten

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich ab. Und doch verlief der Fall in relativ kurzer Zeit so ausserordentlich günstig.

Der Fall 3 zeigte zuerst eine ausgesprochene Verwirrtheit auf Grund von Hallucinationen. Dann folgte ein maniakalisches Zustandsbild mit blühenden Grössenideen. Die jetzt erhobene Anfrage ergab in allen Punkten einen durchaus günstigen Bescheid.

Fall 4 begann mit motorischer Unruhe, die von Verwirrtheit gefolgt war. An diese schloss sich ein Zustand von Angst und dann von Hemmung, indem Patientin sogar unrein wurde. Wahnideen waren die Ursache, dass sie vollkommen abweisend wurde, dann war sie freier; doch wurde sie ohne Krankheitseinsicht entlassen.

Chronologisch ist dies der älteste Fall. Was die Dauer des Verlaufes anlangt, so steht er auch an erster Stelle. Die Auskunft lautete jetzt ebenfalls absolut günstig.

Keiner der genannten Fälle gleicht, wie gesagt, einem andern. Aber etwas haben die Fälle doch gemein: die einzelnen Zustandsbilder sind sozusagen nicht voll entwickelt. Man kann den jeweiligen Zustand nicht als Manie, nicht als Verwirrtheit, nicht als Melancholie oder als Angstpsychose bezeichnen. In der Litteratur ist sogar ein Fall (Easterbrook) bekannt, wo bei einer juvenilen Puerperalpsychose sogar vorübergehend Symptome von Chorea und Epilepsie auftraten. Doch möchte man fast sagen, die Symptome sind alle oberflächlicher, nicht recht ausgebildet, rudimentär. Dasselbe zeigt sich ja ebenso typisch bei den Psychosen der Gruppe II und III. Dies Moment der geringen Zahl der Symptome, wie auch die hier wieder vorhandene Monotonie der Wahnideen lassen sich nur daraus erklären, dass es sich auch in diesen Fällen um noch nicht voll entwickelte Gehirne handelt, die complicirte Variationen derselben zu produciren nicht im Stande sind. So sind auch diese Fälle ein Beweis mit dafür, wie berechtigt es ist, die Psychosen der Pubertät mithin auch die Wochenbettspsychose derselben zusammenzufassen. Zugleich beweisen genannte Momente die Berechtigung der in den letzten Jahren immer intensiver aufgestellten Behauptung, dass es keine specifischen puerperalen Psychosen giebt. Unter diesen sind eine grosse Anzahl von Katatonien und Hebephrenien (Aschaffenburg, Vedrani u. A.).

Nun kurz die Beantwortung der Frage: sind diese Fälle geheilt? Sind hier die Forderungen, die wir früher für den Zustand der Heilung aufgestellt haben, erfüllt? Ja! Die Patienten leisten jetzt genau das, was sie vor ihrer Erkrankung geleistet haben. Ihre Handlungen beweisen, dass ihre gesammte geistige Persönlichkeit, besonders in Bezug auf die ethischen und altruistischen Gefühle dieselben geblieben ist, dass

Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

speciell bei diesen weiblichen Fällen das Gefühl für Schicklichkeit keine Beeinträchtigung erlitten hat, auch kein Mangel an Schamgefühl zu bemerken ist.

Dass ich hier nur Psychosen, die jedesmal zu einem guten Ende geführt haben, beibringen kann, ist als ein Zufall zu bezeichnen. Immerhin ist es wieder ein Beweis dafür, dass Psychosen, speciell Pubertätspsychosen zu einer vollkommenen Heilung führen können. Die gute Prognose der Puerperalpsychosen war schon immer betont und besonders war hervorgehoben, dass jüngere Individuen rascher genesen wie ältere (Gilbert, Hoppe u. A). Aber auch hier gelingt es wieder nicht, aus den einzelnen Symptomen einen Schluss auf die Prognose zu ziehen. Lang anhaltender Stupor wurde öfter als ungünstig für dieselbe angeführt. Unsere Fälle sind jedenfalls kein Beweis dagegen. Aber sie beweisen gleichzeitig, dass die Neigung zu Recidiven und periodischem Auftreten (Wernicke) nicht so eminent gross sein kann.

Zusammenfassung.

Der Zweck vorstehender Ausführungen und Beispiele war ein Versuch, zu beweisen, wie berechtigt es ist, die geistigen Erkrankungen der Pubertät zusammenzufassen. Letztere ist dadurch, dass zu dieser Zeit das Gehirn zu dem Abschluss seiner Entwickelung kommt, eminent wichtig. Die geistigen Erkrankungen, die sich so auf dem Boden eines noch unfertigen Gehirns entwickeln, zeigen in ihrem Beginn, Verlauf und ihren Zustandsbildern ganz charakteristische Züge. Man erkennt in ihnen immer wieder, dass das noch nicht vollkommen entwickelte Gehirn nicht im Stande ist, so complicirte und zahlreiche Symptome zu produciren wie ein fertiges Gehirn. Dieselben Characteristica bieten die psychischen Zustände, in denen es auch ohne Psychose zu einer geistigen Erkrankung, zu einem geistigen Stillstand kommt. Sie gehören mit in die Gruppe des Jugendirreseins.

Auf der anderen Seite war der Zweck dieser Ausführungen nach Festlegung des Begriffes „Heilung“ auf katamnestischen Wege durch Beispiele zu beweisen, dass die Psychosen der Pubertät, selbst, wenn sie schwere Stadien durchgemacht haben, nicht immer zu einer Verblödung oder zum geistigen Stillstand zu führen brauchen, sondern auch dauernde Heilungen möglich sind. Um ganz offen zu lassen, wie nun das Ende der psychischen Erkrankung sich gestaltet, werden die geistigen Störungen der Pubertät als Jugendirresein bezeichnet.

Unter Berücksichtigung vorerwähnter Momente empfiehlt es sich dann, folgende 4 Untergruppen des Jugendirreseins zu unterscheiden:

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Stillstand der geistigen Entwicklung als vorzeitiger Abschluss in der Pubertät.

Die Individuen haben sich bisher geistig normal entwickelt; bisher erworbenes Geisteskapital geht nicht verloren; die Symptome sind: Armuth an Gedanken und Vorstellungen unter Berücksichtigung von Alter und Erziehung; Schwäche der Aufmerksamkeit, Mangel an Energie und Ausdauer, Schwäche des Kritik- und Urtheilsvermögens. Eigentliche psychotische Symptome fehlen. Die Kranken fallen aus ihrem Milieu heraus.

2. Ausgesprochene Psychose im Pubertätsalter unter Einschluss der Puerperalpsychosen:

Acuter und subacuter Beginn; Orientirung kann erhalten sein: Desorientirung und völlige Benommenheit ist auch möglich.

Grosse Mannigfaltigkeit der Zustandsbilder aber ohne jeden Einfluss auf den Ausgang der Psychose.

Aufmerksamkeit schwer gestört; Auffassungsvermögen erhalten; desgleichen Gedächtniss und Merkfähigkeit; Urtheils- und Kritikvermögen geschädigt. Monotonie der Wahnideen. Disharmonie zwischen äusserm Verhalten des Kranken und ihrer Wahnideen. Minderung des Affects.

Ausgang entweder in Heilung oder in Stillstand der geistigen Entwickelung cfr. Abschnitt I.

Heilung ist vorhanden, wenn die Individuen im Vergleich zu der Zeit vor der Erkrankung keine wesentliche Veränderung ihrer gesammten geistigen Persönlichkeit aufzuweisen haben und ihre sociale Leistungsfähigkeit im practischen Leben keine Einbusse gegen die frühere Zeit erlitten hat.

3. Die Psychose verläuft in mehreren Schüben.

Beginn und Zustandsbilder gleichen denen der Gruppe II. Hier finden sich auch mehr katatonische Symptome. Je ständiger und anhaltender diese werden, um so trauriger die Prognose.

Ausgang: Die geistigen Fähigkeiten werden von Schub zu Schub geringer, also kein Stillstand, sondern Defect im Sinne eines Verlustes des bisher erworbenen geistigen Kapitals. Das Stadium der Verblödung wird sicher erreicht:

Bei erhaltener Orientirung und bei Erhaltensein eines wenn auch geringen geistigen Kapitals grosse Wunsch- und Bedürfnisslosigkeit, Fehlen von Initiative und Interesse, Mangel an Aufmerksamkeit und Denkträgheit, besonders grosse Urtheilsschwäche, triebartiges Dahinleben. Im Allgemeinen sind die Kranken in Folge des Verlustes der geistigen Selbstständigkeit im Verhalten mit den Imbecillen zu vergleichen.

3a. Tritt die Psychose so auf, dass Attaquen von totaler Verwirrtheit,

Generated on 2019-02-17 16:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

welche 5—6 Tage oder 2—3 Wochen anhalten, mit Intervallen von völliger Lucidität von verhältnissmässig kurzer Dauer sich abwechseln, so kann der Patient jahrelang an diesen Erscheinungen leiden, ohne dass eine ausgesprochene Verblödung zu Stande kommt. Prognostisch scheint diese specielle Unterform nicht günstig zu sein, wenigstens sind Heilungen nicht beobachtet.

4. Psychose führt nach verhältnissmässig kurzem Verlauf zur absoluten Verblödung:

Beginn und Zustandsbilder gleichen im Allgemeinen denen der Gruppe II und III, nur an Zahl sind letztere geringer. Die stets vorhandenen katatonen Symptome werden constant. Gelegentlich Erregungszustand.

Das Endstadium kennzeichnet sich folgendermaassen: Orientierung verschwunden. Aufmerksamkeit gleich Null. Auffassungsvermögen: stärker geschädigt. Gedächtniss: grobe Lücken. Willenskraft auf dem tiefsten Niveau. Gemüth: vollkommen abgestumpft.

Die Fälle ähneln der Idiotie schwereren Grades.

5. Die Pubertätspsychose pflanzt sich auf eine schon vorhandene Imbecillität auf. Ein durch die Psychose hervorgerufener Verblödungszustand kann bei nicht genauer Kenntniss der Anamnese leicht vorgetäuscht werden.

Die Endzustände gleichen denen der Gruppe III oder IV.

Meinem früheren hochverehrten Chef, Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Cramer, spreche ich auch an dieser Stelle für die Anregung zu vorliegender Arbeit, und Herrn Oberarzt, Prof. Dr. Weber für seine liebenswürdige Unterstützung meinen verbindlichsten Dank aus.

Literaturverzeichniss.

Anton, G., Ueber Nerven und Geisteskrankheiten in der Zeit der Geschlechtsreife. Wiener klin. Wochenshcr. No. 44.

Anton, G., Ueber Ermüdung der Kinder im gesunden und kranken Zustande. Halle a. S. Markhold. 1900.

Aschaffenburg, Katatonie. Ref. aus der 28. Vers. der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe. 1897. Ref. Neur. Centrabl. XVII. S. 86/87.

Aschaffenburg, Die klinischen Formen der Puerperalpsychosen. Vortr. auf 31. Vers. südwestdeutscher Irrenärzte. 1900. Karlsruhe. Ref. Neur. Centralbl. S. 1155.

Ball, P., De la folie de la puberté ou hébéphrénie. Leçon clinique. (L'encéphale. 1884. 1.) Ref. Neur. Centralbl. IV. S. 65.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Behr, Zur Aetiologie der Puerperalpsychosen. Vortrag aus der 34. Vers. des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens 1899 in Porta Westphalica. Autoref. Neur. Centrabl. XVIII. S. 522.

Benda, Th., Die Schwachbegabten auf den höheren Schulen. (Gesunde Jugend. II. Leipzig u. Berlin. 1902.) Ref. Neur. Centralbl. 1904. S. 191.

Bernstein, Ueber die Dementia praecox. Allg. Zeitschr. für Psychiatr. LX. S. 554.

Bertschinger, H., Die Verblödungspsychosen in der kantonalen Pflege-Anstalt Rheinau. Allg. Zeitsch. f. Psych. LVIII. S. 269.

Berze, J., Ueber moralische Defectzustände. Jahrb. für Psych. und Neurol. 1896. XXV.

Binswanger, O., Ueber die Beziehung des moralischen Irreseins zu der erblich degenerativen Geistesstörung. Samml. klinischer Vorträge von Rich. v. Volkmann. 1897.

Binswanger und Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie. Herausgegeben unter Mitwirkung v. Cramer, Hoche, Wollenberg und Westphal. Jena.

Christian, E., Sur l'hébéphrénie. Vortr. a. d. 12. intern. med. Congr. Moskau 1897. Ref. Neur. Centralbl. XVI. S. 925.

Conolly, N., Dementia praecox. Brit. med. Journ. 1904. S. 972.

Cramer, A., Ueber moralische Idiotie. Vortr. a. d. Vers. deutsch. Naturf. u. Aerzte. Düsseldorf 1898. Ref. Neur. Centralbl. XVII. S. 1015.

Cramer, A., Entwickelungsjahre und Gesetzgebung. Rede z. Feier d. Geburtstages S. M. d. Kaisers und Königs. Göttingen 1902.

Cramer, A., Ueber Jugendirresein. Allg. Ztschr. f. Psych. LXII. S. 640.

Dàraskiewicz, L., Ueber Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form. Inaug.-Diss. Dorpat 1892. Ref. Neurol. Centralbl. XII. S. 247.

Deiters, Beitrag zur gerichtsärztlichen Beurtheilung der höheren Stufen der Imbecillität. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. S. 135.

Deny, Des démences vésaniques. Vortr. u. Disk. a. d. 15. Vers d. Psych. u. Neurol. Frankr. u. d. franz. sprech. Länder in Pan. 1904. Ref. i. Neurol. Centralbl. 1904. S. 1152.

Desci, K., Ein Fall von Jugendirresein. Jahrb. des hauptstädt. Spitales zu Budapest. 1903. Ref. Neurol. Centralbl. 1904. No. 18.

Desci, K., Zur Symptomatologie der Dementia praecox. Klinikaifüzetek. 1905. No. 4. Ref. Neurol. Centralbl. 1905. S. 820.

Dornblüth, Ein geheilter Fall von Dementia acuta.

Easterbroock, C. C., An attack of epilepsy (status epilepticus) followed within six weeks by an attack of chorea, occurring in a patient suffering from acute puerperal insanity. Journal of Ment. Science. 1900. Jena.

Elmiger, Ueber 49 Fälle von Pubertätsirresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych. LVII. S. 490.

Fink, Beitrag zur Kenntniss des Jugendirreseins. Ztschr. f. Psych. XXXVII.

Finzi, J. und Vedrani, A., Contributo clinico allo dottrino della demenza precoce. (Riv. speriment. di Freniatria XXV). Ref. Neurol. Centralbl. XVIII. S. 995.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gilmox, Anilelo, Insanity of the puerperium. (Journ. of nervous and disease ment. XVII. 1892.) Ref. Neurol. Centralbl. XII. S. 238.

Hecker, Hebephrenie. Virchow's Arch. f. path. Anatomie. LII.

Jahrmärker, M., Zur Frage der Dementia praecox. Habilitationsschr. Marchold. Halle a. S. 1902.

Jastrowitz, Demonstration einiger Fälle von Dementia praecox. Vortrag im Psych. Verein Berlin. Ref. Neurol. Centralbl. 1905. S. 175.

Ilberg, G., Das Jugendirresein. (Hebephrenie und Katatonie.) Volkmann's Sammlung klin. Vortr. 1898. N. F. 224.

Ilberg, G., Zur Bedeutung der Katatonie. Allg. Zeitschr. für Psych. LV. S. 417.

Ilberg, G., Ueber Geistesstörungen in der Armee zur Friedenszeit. Halle a. S. 1903. Marchold.

Kaes, Th., Ueber den Faserreichthum der 2. und 3. Meynert'schen Schicht, sowie über vergleichende Messungen der gesammten Hirnrinde und deren einzelner Schichten. Neurol. Centralbl. XII. S. 119.

Kaes, Th., Ueber die markhaltigen Nervenfasern in der Grosshirnrinde des Menschen. Neurol. Centralbl. XIII. S. 410.

Kaes, Th., Die Rindenbreite als wesentlicher Faktor zur Beurtheilung der Entwickelung des Gehirns und namentlich der Intelligenz. Neur. Centralblatt XXIV. S. 1026.

Kahlbaum, Die Katatonie.

Kahlbaum, Heboidophrenie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. XLVI. Heft IV.

Kemmler, P., Ueber Depressionsformen des jugendlichen Alters und ihre Prognose. Vortr. a. d. 20. Wandervers. der südwestd. Neurologen und Irrenärzte. Baden-Baden. 1895. Ref. Neurol. Centralbl. XIV. S. 662.

Kiefer, Ein Fall von Hebephrenie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. XLVIII.

Kraepelin, E., Ueber Remissionen in der Katatonie. Vortrag. Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psych. LII.

Kraepelin, E., Ziele und Wege der klinischen Psychiatrie. Vortrag. Ref. Allg. f. Ztschr. f. Psych. LIII.

Kraepelin, E., Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox. Vortrag auf der 29. Vers. südwest. Irrenärzte. 1898. Heidelberg. Ref. Neurolog. Centralbl. XVIII. S. 91.

Kraepelin, E., Psychiatrie, Lehrbuch. VII. Aufl.

Mairet, Folie de la puberté. Leçons cliniques. Annal. médicopsych. 1888/9. Ref. Neurol. Centralbl. VIII. S. 596.

Malschin, A. J., Klinische Beobachtungen über die unter dem Namen „Dementia praecox juvenilis" beschriebene Form von terminalem Blödsinn. Vortr. i. d. Sitzg. d. Neurol. u. Irrenärzte. Moskau 1894.

Marandon de Montyel et Mongeri, Les formes de la démence précoce. Annal. médicopsych. 9. Serie II. 1905. Sept./Oct. Ref. Neurol. Centralbl. 1905. S. 1155.

Marandon de Montyel, Les formes de la démence précoce. Gaz. des hôpitaux. 1905. No. 6. S. 63. Ref. Neurol. Centralbl. 1905. S. 368.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Marchand, F., Ueber das Hirngewicht des Menschen. 1902.
Marro, La puberté, ses rapports, avec l'anthropologie, la physiologie et la psychiatrie. (Bulletin de la société médic. ment. de Belgique. 1894.) Ref. Neurol. Centralbl. XIV. S. 838.
Marro, Le psicosi della pubertà. Estratto dal lo studio „la pubertà" ni curso di publicazione negli annali do freniatri. 1906. Torino. Ref. Neurolog. Centralbl. XV. S. 1088.
Masselon, R., Un cas de forme fruste de démence précoce. Arch. de neurol. XVII. 1904. No. 102. Ref. Neurol. Centralbl. 1905. S. 132.
Mcconaghey, J. C., Adolescent insanity: a Protest against the use of the term „Dementia praecox." Journ. of ment. science. Vol. LI., 213. IV. 1905.
Meeus, Considérations générales sur la signification clinique de la démence précoce. Ann. médico.-psycholog. 62. Jahrg. pag. 207.
Meyer, E., Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berliner klin. Wochenschr. 1901. No. 31.
Meyer, E., Aus der Begutachtung Marineangehöriger. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. 39. Ref. Neur. Centralbl. 1905. S. 822.
Meynert, Die psychiatrische Diagnose und der Richterstuhl. Wiener klin. Wochenschr. 1891. No. 24 u. 25.
Moravcsik, E., Ueber katatonische Geistesstörung. Vortrag i. d. Gesellsch. d. Spitalärzte zu Budapest. 1903. Ref. Neur. Centralbl. 1904. No. 18.
Moravcsik, E., Katatonie. Vortr. u. Disk. i. d. psych. neur. Section d. Kgl. Aerztevereins. Budapest. 1905. Ref. Neur. Centralbl. 1905. S. 875/78.
Mucha, H., Bemerkungen zur Lehre von der Katatonie. Vortrag auf der 4. Versamml. mitteldeutsch. Psych. u. Neur. Dresden. 1898. Ref. Neur. Centralbl. XVII. S. 1108.
Mucha, H., Ein Fall von Katatonie im Anschluss an die erste Menstruation. Neur. Centralbl. 1902. S. 937.
Müller, Erdm., Ueber „Moral insanity". Arch. f. Psych, 1898. XXXI.
Näcke, P., Zur Frage der sog. Moral insanity. Neur. Centralbl. XV. S. 484.
Näcke, P., Weiteres z. Kapitel der Moral insanity. Neur. Centralbl. XV. S. 678.
Näcke, P., Ueber die sog. Moral insanity. Grenzfragen d. Nerven- u. Seelenlebens. Löwenfeld u. Kurella. Wiesbaden. 1902. Bergmann. Ref. Neur. Centralbl. 1903. S. 90.
Näcke, P., Kritisches zur Lehre der „Moral insanity". Psych. Wochenschr. 1899. No. 13.
Näcke, P., Einige Punkte aus der Lehre der sog. „Moral insanity". Psych. neur. Wochenschr. 1906. No. 13.
Paris, M., Contribution à l'étude de la catatonie. (Catatonie et démence précoce?). Arch. de neurol. No. 95. Ref. Neur. Centralb. 1904. No. XVIII.
Parant, V., D'une prétendue entité morbide dite démence précoce. Ann. méd. psych. IX. série. T. 1905. S. 229. Ref. Neur. Centralbl. XXIV. S. 283.
Pfersdorff, K., Die Remissionen der Dementia praecox. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 55. 1904. S. 488 ff. Ref. C. f. Neur. u. Psych. 1906. S. 79.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pick, Ueber primäre chronische Demenz (sogen. Dementia praecox) im jugendlichen Alter. Prager med. Wochenschr. 1891. 25/27. Ref. Neur. Centralbl. XI. S. 290.

Puppe, Der Geisteszustand jugendlicher Crimineller. Verhandl. d. I. Tag. d. deutsch. Gesellsch. f. gerichtl. Medicin. Meran. Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medicin. April 1906.

Rienecker, Ueber Hebephrenie. Vortrag im Verein deutsch. Irrenärzte. 1880. Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. XXXVII.

Reuter, C., Auf Grundlage von Imbecillität entstandene Psychosen. (Orvosi Hetilap. 1905. No. 1.) Ref. Neur. Centralbl. 1905. S. 465.

Sachs, B., Dementia praecox. Journ. of Nerv. u. Ment. Disease. 1905. Juni. Ref. Neur. Centralbl. 1905. S. 866.

Scholz, L., Ueber Pubertätsschwachsinn. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. LIII. S. 912.

Schott, A., Mord bezw. Todtschlag u. Dementia praecox. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. October 1905.

Schulze, H., Ueber Moral insanity. Inaug.-Diss. Berlin. 1901. Ref. Neur. Centralbl. 1901. S. 872.

Serbsky, W., Contribution à l'étude de la démence précoce. Annal. médico-psych. 1903. Novemb.-Decemb. 1904. März-April. Ref. Neur. Centralbl. 1905. S. 83.

Stransky, E., Zur Lehre von der Dementia praecox. Centralbl. f. Nervenh. u. Psych. No. 168.

Stransky, E., Zur Auffassung gewisser Symptome der Dementia praecox. Neur. Centralbl. 1904. S. 1074 u. 1137.

Stransky, E., Sprachverwirrtheit.

Thoma, E., Leicht abnorme Kinder.

Trömner, E., Ueber jugendliche Verblödungsprocesse. Vortr. i. ärztl. Verein in Hamburg. 1899. Ref. Neur. Centralbl. XVIII. S. 1066.

Trömner, E., Das Jugendirresein (Dementia praecox). Sammlung zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete d. Nerven- u. Geisteskrankh. Abth. III. Bd. Heft V. Halle a. S. 1900.

Tuczek, F., Ueber Begriff u. Bedeutung der Demenz. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. XIV. Heft 1.

Vedraud, A., Sulla cosi detta fracosi puerperale. (Bollett. del Manic. prov. di Ferrara VI.) Ref. i. Neur. Centralbl. XVIII. S. 807.

Vigouroux, Contribution à l'étude de la démence précoce. Annal. médico-psych. LII. 1. 1894. Ref. Neur. Centralbl. 13. S. 200.

Ziehen, Th., Pubertätspsychosen. Ref. a. d. 13. intern. med. Congr. Paris. 1900. Ref. Neur. Centralbl. XIX. S. 874.

Ziehen, Th., Psychiatrie. Lehrbuch. 2. Aufl. 1902.

Ziehen, Th., Psychosen im Kindesalter.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XXVIII.

Die manio-depressive Psychose — das Stimmungsirresein —.

Ein Versuch zur Bestimmung ihrer Pathogenese und pathologisch-anatomischen Grundlage, mit besonderer Berücksichtigung der manio-depressiven Mischformen[1]).

Von

Dr. med. **S. Thalbitzer**
in Aarhus (Dänemark).

I. Einleitung.

Bei einer flüchtigen Betrachtung könnte es sonderbar erscheinen, wie in der manio-depressiven Psychose manische und depressive Zustände innerhalb derselben Gruppe zusammenzufassen sind und man würde sich ausser Stande erklären, eine scharfe Grenze zwischen denselben zu ziehen; wenn man aber in Kürze einen Blick über die von den Verfassern des verflossenen Jahrhunderts in dieser Frage eingenommene Stellung wirft, wird man sehen, dass sie eben diese sich immer wieder erhebende Schwierigkeit zu umgehen suchen, die in der That nur eine Lösung hat.

Seit uralten Zeiten — so lange Menschen gelebt und gefühlt haben — haben Trauer und Freude im Bewusstsein der Völker wie in ihren Sprachen als diametrale Gegensätze, als Contraste innerhalb desselben Gebietes: des Gefühls, gestanden. Eine ganz entsprechende Betrachtung macht sich bei fast allen modernen psychiatrischen Verfassern den pathologischen Vertretern dieser Stimmungen, der Melancholie und der Manie gegenüber geltend.

Wenn dies nicht immer der Fall war, liegt es nicht immer so sehr in dem Umstande, dass man diese beiden Krankheitsbilder nicht auf

1) Dieser Aufsatz ist eine Bearbeitung einer im Herbst 1902 auf Dänisch veröffentlichten Abhandlung.

Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

diese Weise betrachtet hat, als in der grenzenlosen Namenconfusion, worin die Psychiatrie sich in der ganzen ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts befand.

Man wird indessen finden, dass die meisten Verfasser — welche Benennungen sie auch gebrauchen — die Zustände, welche wir heute Melancholie (Depression) und Manie nennen würden, als Zug für Zug diametrale Gegensätze schildern und betrachten, aber doch näher zusammen gehörig als alle anderen Krankheitsbilder; und die meisten fassen sie auch zu einer grösseren Gruppe: die Stimmungspsychosen zusammen.

Zwei — wenn auch zusammengehörige — so doch so diametral gegensätzliche Zustände sollten von vornherein als unmöglich zu verwechseln oder zu vermischen erscheinen, und sind es in der That wohl auch, so lange nur von den reinen, klassischen Bildern der Manie und der Melancholie die Rede ist.

Daneben trifft man jedoch Fälle des einen Bildes, das mit Zügen des anderen gemischt ist, Psychosen der einen Art, in denen eins der charakteristischen Symptome von einem ganz entgegengesetzten der anderen ersetzt ist.

Griesinger stellte als die erste seiner zwei Hauptgruppen von psychisch-anomalen Grundzuständen die krankhaften Affectzustände auf, unter deren Einfluss in dem ganzen psychischen Leben Modificationen, der Art und Weise des Affects entsprechend, eintreten; diese Gruppe theilt er wieder in psychische Depressionszustände und psychische Exaltationszustände; und auf dem Uebergang zwischen diesen — ja, sie in der That als die Form betrachtend, unter welcher die Melancholie in die Manie überging — schildert Griesinger eine Gruppe Geisteskrankheiten, durch depressive Stimmung und motorische Excitation charakterisirt und sehr annähernd der heutigen agitirten Melancholie (oder Depression) entsprechend.

Unter seinen elementaren Formen hat Guislain[1]) Melancholie und Manie, und als besondere Form der Melancholie stellt er die Melancholia maniaca auf, die als eine unserer Melancholia agitata entsprechende Mischung von Melancholie und Gewaltthätigkeit geschildert wird. Guislain fasst sie als eine gleichzeitig bestehende Melancholie und Manie auf und analogisirt sie mit Fällen, in denen er bei derselben Person Melancholie und Manie wahrgenommen hatte, die sich ablösten statt wie hier — seiner Meinung nach — zusammenzustossen.

Auf andere Weise ein sprechendes Zeugniss des nahen Zusammen-

1) Leçons orales. 1852.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hangs zwischen Manie und Melancholie war Falret's und Baillarger's fast gleichzeitige Schilderung der Folie circulaire und Folie à double forme, alternirende Zustände der Manie und der Depression; besonders Baillarger behauptet mit Kraft, dass hier nicht von zwei parallel laufenden Psychosen, sondern von einer Krankheitseinheit mit zwei Aeusserungsformen die Rede ist. Wie diese Krankheitsform nach und nach im Laufe der Jahre näher studirt wurde, haben verschiedene Verfasser (Marcé, Foville, Dehio) darauf aufmerksam gemacht, dass die beiden Phasen der circulären Psychose nicht immer rein sind, sondern, dass namentlich in der Uebergangsperiode von der einen zu der anderen oft Zustände auftreten können — nicht selten von längerer Dauer, unter denen die Symptome der beiden Phasen in einander fliessen oder sich mischen (Formes mixtes), und zugleich, dass sich mitten in eine Melancholie manische Züge einschieben können und umgekehrt (Magnan).

Schon aus diesem kurzen und bei weitem nicht erschöpfenden Ueberblick wird man sehen können, dass Kräpelin's Aufstellen des manisch-depressiven Irreseins als Krankheitseinheit so weit von einem Bruch in der ganzen Entwickelung ist, dass es eher als die natürliche und nothwendige Consequenz derselben — als das Resultat, zu dem man kommen musste — zu bezeichnen ist.

Es stellt sich nun die Frage, was das Entscheidende ist, ob man einem vorliegenden Fall einer Stimmungspsychose den Namen Melancholie (Depression) oder Manie geben will.

Die Melancholie betreffend sind wohl so gut wie alle Verfasser darin einig, die depressive Verstimmung als das Essentielle und als das für die Bezeichnung des Falls Entscheidende anzusehen.

Ganz anders mit der Manie.

Während allerdings ein Theil der Verfasser (Falret, Wachsmuth) auch hier das Hauptgewicht auf die Stimmung legt, giebt es andere, welche die Veränderungen auf dem motorischen Gebiet des Seelenlebens als das für die Manie Charakteristische und Entscheidende behaupten (Griesinger); wieder andere machen die Veränderungen im Vorstellungslauf zu dem für die Manie Charakteristischen (Mendel).

Indessen — wo von zwei sich so nahe stehenden und so oft verwechselten Zuständen die Rede ist, ist es in der That ganz nothwendig, dass wir, wenn wir für den einen, die Melancholie, die Stimmung zu dem Essentiellen und Entscheidenden machen (ohne damit übrigens irgend welches Causal- oder Abhängigkeitsverhältniss zwischen den verschiedenen die Psychose constituirenden Symptomen auszudrücken), auch für den anderen die Stimmung zu dem Entscheidenden machen müssen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wählt man ein anderes Characteristicum für die Manie, z. B. die Motilitätsveränderungen, erreicht man nämlich nur Fällen von Stimmungsirresein zu begegnen, die sowohl Melancholie als Manie sind (agitirte Melancholie), oder anderseits Fällen mit gehobener Stimmung und herabgesetzter Motilität, die nach dieser Auffassung weder Melancholie noch Manie genannt werden können.

Es ist in der That ganz nothwendig, die Kriterien der Melancholie und der Manie gleichartig sein zu lassen. Eben der Umstand, dass man sich dies nicht klar gemacht hatte, trägt hauptsächlich die Schuld an der im grössten Theil des vorigen Jahrhunderts innerhalb der Stimmungspsychosen herrschenden Begriffs- und Namenverwirrung.

Es giebt gewiss nur wenige Dinge, die in so hohem Grade dazu beigetragen haben, diese Confusion zu erregen und zu erhalten, wie der Begriff und das Wort „Tobsucht", eine Bezeichnung, die nicht nur die verschiedenen Verfasser für ganz verschiedene Dinge gebraucht haben, sondern die sogar oft der einzelne Verfasser auf Zustände angewandt hat, die unter sich weit verschieden waren; es geht hinlänglich klar aus den Beschreibungen hervor, dass viele Verfasser nicht nur „Tobsucht" als Bezeichnung für manische Zustände mit hoch gehobener Stimmung, sondern auch für Fälle von heftig agitirter Melancholie gebraucht haben — eine ganz natürliche Consequenz daraus, dass man die motorische Seite des Seelenlebens zu dem für die Manie essentiellen macht.

Richarz suchte seiner Zeit[1]) ein Kriterium für die Entscheidung aufzustellen, ob ein vorliegender Fall eine Manie oder eine agitirte Melancholie sei; er behauptete, dass das einzige sichere Unterscheidungszeichen zwischen diesen beiden Krankheitsformen in einem Unterschied des Vorstellungslaufs zu suchen sei; früher hatte er Gedankenflucht für das Charakteristicum der Manie angesehen, aber im Laufe der Zeit hatte er Fälle von agitirter Melancholie beobachtet, welche ein Symptom darboten, das mit der maniakalischen Gedankenflucht, mit ihrer Flüchtigkeit in der Vorstellungsverbindung und Empfänglichkeit für alle äussere Eindrücke, grosse Aehnlichkeit hatte; ja, er fand sogar eine gewisse Vorliebe für Rhythmus und Reim; er meinte daher den Unterschied der beiden Psychosen darin suchen zu müssen, dass man unter der Manie Neigung für „Reihenbildung", Tendenz zur Bildung von Vorstellungsreihen, „nach den Gesetzen der Association und Reproduction verbunden" fände, während man unter agitirter Melancholie einem Symptom begegne, das zwar manischer Gedankenflucht ähnlich sähe, es aber nicht wäre, weil man hier keine „Reihenbildung" fände.

1) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 1858.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ganz abgesehen davon, dass es nicht angemessen ist, als Unterscheidungszeichen zwischen zwei Gruppen ein Symptom zu benutzen, in welchem man sich sehr leicht muss irren können, ist es in der That sehr zweifelhaft, ob Richarz Recht hat, indem einerseits ziemlich häufig Fälle von Manie vorkommen, wo von „Reihenbildung" nicht die Rede sein kann, während man andererseits nicht die Möglichkeit bestreiten kann, dass unter agitirter Melancholie „Reihenbildung" muss auftreten können, wenn — wie Richarz selbst sagt — sogar eine gewisse Vorliebe für Rhythmus und Reim da sein kann.

Die einzige rationelle und genugthuende Methode ist dann also die Stimmung das allein Entscheidende sein zu lassen, also dass wir alle Fälle innerhalb des Stimmungsirreseins, in denen die Stimmung deprimirt, herabgedrückt ist, Melancholie (Depression) und alle Fälle, die durch exaltirte, gehobene Stimmung charakterisirt sind, Manie nennen.

II. Die manio-depressive Psychose.

Es ist nicht die Absicht hier eine ausführliche Schilderung der manio-depressiven Psychose zu geben. Eine solche findet sich in Kraepelin's Psychiatrie (1899)[1]) und für die Mischformen speciell in Weygandt's Schrift „Ueber die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins" (1899); hier ist ja ausserdem nicht die Rede von einer neuen Krankheitsform, sondern nur von einer neuen Gruppirung altbekannter Krankheitsbilder, einer Verlegung von Grenzen oder viel mehr von einem Ziehen und Festlegen von Grenzen, die so zu sagen schon in den Systemen älterer Verfasser dämmern.

An dieser Stelle wollen wir nur die Symptome innerhalb der einzelnen Krankheitsbilder hervorheben, denen wir besonderes Gewicht beilegen müssen, und zu deren klarem Verständniss wir theilweise eben durch das Studium der manio-depressiven Psychose gekommen sind.

Unter dem Namen „das manisch-depressive Irresesein" sammelt Kraepelin alles, was man bisher in periodische Psychose, circuläre Psychose und einfache Manie getrennt hatte, von welchen er die Ueberzeugung gewonnen hat, dass sie nur verschiedene Erscheinungen derselben Psychose sind; während er als wesentlich verschieden von den zu dieser Psychose gehörenden Depressionszuständen scharf die Melancholie ausscheidet und diese unter eine besondere Gruppe: das Irresein des Rückbildungsalters hinführt.

Schon 1902 — in der dänischen Ausgabe dieser Abhandlung —

1) und 1904.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

habe ich mich der Berechtigung einer solchen Ausscheidung gegenüber zweifelnd gestellt und nachgewiessn, dass es, wenn die manio-depressive Psychose als Krankheitseinheit aufrecht erhalten werden soll, kaum möglich sein wird, die Melancholie auszuschlieseen. In der letzten (7.) Ausgabe seiner Psychiatrie (1904) bespricht und bekämpft Kraepelin meine abweichende Meinung, was mich veranlasst hat, meinen Standpunkt zu dieser Frage in einem Aufsatz „Melancholie und Depression“ [1]) ausführlich darzustellen und zu begründen.

Ich weise hier nach, dass Kraepelin in seine Melancholiegruppe Krankheiten aufgenommen hat, die diesen Namen nicht mit Recht tragen, indem sie keine wirklichen Stimmungspsychosen sind, so wie dass der Theil von Kraepelin's Melancholiegruppe, der ihn mit Recht trägt, wie auch der Name selbst innerhalb des Rahmens der manio-depressiven Psychose gehört.

In grossen Zügen kann man innerhalb der manio-depressiven Psychose drei Aeusserungsformen absondern, jede durch ihre eigenthümliche Zusammensetzung des Symptomencomplexes charakterisirt; die eine durch manische Stimmung mit Gedankenflucht und Bedürfniss für lebhafte Bewegungen, die andere durch deprimirte Stimmung, gehemmten Vorstellungslauf und psychomotorische Hemmung, die dritte endlich durch eine oder andere Mischung von Symptomen dieser beiden Zustände.

Wenn wir nun in Kürze die Symptome durchnehmen, welche diese drei Aeusserungsformen constituiren, wollen wir erst die Stimmung besprechen, indem diese — wie in der Einleitung berührt — für den besonderen dem einzelnen Krankheitsbild gegebenen Namen entscheidend sein muss.

Die Stimmung oder das Gemeingefühl ist bei den Manischen gehoben; ich gebrauche mit Vorsatz den Ausdruck „gehoben“, indem ich darunter nicht nur die frohe, sondern auch die zornige Stimmung einbefasse.

Ueber die Stellung des Zorns innerhalb der physiologischen Affecte sind nicht alle ganz einig. Griesinger stellt den Zorn auf die Grenze zwischen den expansiven und depressiven Affecten, auf dieselbe Weise wie er die „Tobsucht“ auf den Uebergang zwischen Melancholie und Manie (Griesinger's „Wahnsinn“) stellt, indem er sie doch als letzteren näher stehend rechnet.

Carl Lange [2]) ist gewiss der erste, der mit Nachdruck die nahe Verwandtschaft des Zorns mit der Freude behauptet, sich theilweise auf

---

1) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 1905. S. 775.

2) „Ueber Gemüthsbewegungen“. Deutsch von Kurella. 1887.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Beobachtung stützend, dass der Zorn wie die Freude hauptsächlich von vasodilatatorischen Erscheinungen begleitet ist.

Rein psychologisch gesehen kommt es mir nun auch vor, dass man Lange Recht geben muss. Der Zorn scheint mir wie die Freude ein ausgeprägt expansiver Affect zu sein; in der Tiefe des Zorns liegt Selbstsicherheit, Selbstschätzung und Selbstzufriedenheit; der Zornige fühlt sich als der Ueberlegene, der Strafende dem Gegenstand seines Zornes gegenüber. Für die nahe Verwandtschaft des Zorns mit der Freude spricht auch der Umstand, dass man unter pathologischen Verhältnissen, bei dem Manischen sehr oft einen so schnellen und leichten Uebergang von überschwenglicher Freude zum Zorn findet, einen Wechsel fast von Minute zu Minute zwischen diesen beiden Affecten, ohne dass man sagen kann, dass die Stimmung in tieferem Sinne umgeschlagen hat.

In einem späteren Abschnitt werden wir zu der gewiss zum grossen Theil von individuellen Verhältnissen abhängige Stellung des Zorns unter den Affecten zurückkehren.

Wie es unter physiologischen Verhältnissen selten schwer ist aus dem Aeusseren zu unterscheiden, ob eine Person froh oder traurig ist, so hat es unter pathologischen Verhältnissen als Regel noch weniger Schwierigkeit zu entscheiden, ob ein Patient manisch oder deprimirt ist. Man urtheilt hierüber hauptsächlich aus dem Physiognomischen und Mimischen. Die Kennzeichen sind dieselben — nur ausgeprägter, übertriebener — wie in entsprechenden physiologischen Zuständen.

Bezeichnend für den Manischen sind Glanz und Ausdruck des Auges, Röthe der Wangen, das Lächeln, die blanken und feuchten Schleimhäute, Turgor der Haut, der mitunter sehr auffällig sein kann. Uneigentlich unter das Physiognomische sind zu rechnen Haarfrisur, Charakter der Kleidung, Ausschmückung und dgl.

Ganz entgegengesetzte Symptome charakterisiren den Deprimirten. Trübheit des Auges oder Verzweiflung des Blickes, das blasse Gesicht, die hängenden Mundwinkel, die trockenen, rissigen Schleimhäute, Blutarmuth der Haut und dadurch hervortretende Runzeln; die Patienten sehen abgemagert aus, oft ohne sonderlich an Gewicht verloren zu haben, jedenfalls nicht im Verhältniss zu der scheinbaren Magerkeit.

Die Vorstellungsthätigkeit betreffend haben fast alle Verfasser, welche die Manie und die manischen Zustände schildern, besonderes Gewicht auf das Symptom „Gedankenflucht“ gelegt; dies scheint mir indes ein zu schöner Ausdruck, eine zu optimistische Bezeichnung für die uns in der Manie begegnende Veränderung in der Gedankenwirksamkeit und Vorstellungsverbindung, jedenfalls sobald sie ihre niedrigsten

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grade überstiegen hat. Treffender würde die Benennung „Gedankenflüchtigkeit" sein, indem man mit diesem Worte auch eine Eigenschaft bei dem Manischen zu umfassen erzielt, auf die Kraepelin besonderes Gewicht legt, nämlich die manische „Ablenkbarkeit". Indem man von manischer Gedankenflüchtigkeit redet, drückt man erstens aus, dass Gedanken und Vorstellungen auf einander folgen, durch nur wenig werthvolle Associationen von verhältnissmässig äusserlicher Natur verbunden, aber demnächst auch, dass die einzelnen Vorstellungen und Gedanken nur wenig fest im Bewusstsein wurzeln, und dass sie äusserst leicht von jedem Eindruck aus der Umwelt, der zufällig und mit grosser Leichtigkeit die Aufmerksamkeit des Manischen anzieht, verdrängt werden.

Man vermeidet zugleich — durch die Bezeichnung Gedankenflüchtigkeit — in dem Wort etwas in Betreff der Schnelligkeit, womit die Vorstellungsverbindung vorgeht, zu involviren.

Der wesentliche Unterschied zwischen der Vorstellungsverbindung bei dem manischen und dem gleichgewichtigen Menschen scheint mir also da gesucht werden zu müssen, dass die Gedankenthätigkeit bei dem Manischen von verhältnissmässig wenig werthvollen, mehr oder weniger oberflächlichen Associationen geleitet wird, und darin, dass der Gedankengang durch eine Menge von dem gleichgewichtigen Menschen verschmähte Associationen komplizirt wird.

Die für die Manie in ihrer klassischen Form charakteristische Gedankenflüchtigkeit haben schon frühere Verfasser (Richarz) bei gewissen Formen der Depression gefunden; auch Kraepelin und Weygandt haben mit deprimirter Stimmung zusammen Gedankenflüchtigkeit von demselben Charakter wie dem der Manischen beobachtet, und wie diese durch eine gewisse Monotonie charakterisirt.

Sonst ist es die Gedankenhemmung, die Verzögerung des Vorstellungslaufs bis zur gänzlichen Aufhebung desselben, welche die Depression in ihrer reinen klassischen Gestalt charakterisirt. Anderseits können wir auch Gedankenhemmung in manischen Zuständen treffen (unproductive Manie).

Die Hallucinationen finden am natürlichsten ihre Besprechung in dieser Verbindung. Sie werden nicht besonders häufig in der maniodepressiven Psychose gefunden und spielen auch dann keine besonders hervortretende Rolle.

In der Regel können sie gewiss als Ausdruck der Intensität der Krankheit betrachtet werden, so dass sie sich nur unter deren Culmination finden, aber auch dann recht unbestimmt sind.

Der Charakter der Hallucinationen und ihre Stellung in dem kli-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nischen Bilde wird oft einen diagnostischen Haltepunkt abgeben können, besonders gegenüber der Dementia praecox und dem „depressiven Wahnsinn", in welchen Krankheiten die Hallucinationen mit einem primäreren und selbstständigeren Charakter auftreten und als Regel die Ursache der gleichzeitig bestehenden Verstimmung sind, während die Hallucinationen in den echten Stimmungspsychosen mehr das Gepräge als rücklaufend, secundär entstanden, wie eine Art Lebendigmachen oder Potenzirung von besonders peinlicher oder besonders expansiver Gedanken, tragen.

In Betreff des dritten Hauptgebietes, auf dem man Veränderungen in der manio-depressiven Psychose begegnet, nämlich dem motorischen, wird man hier einerseits psychomotorische Hemmung, anderseits psychomotorische Excitation treffen können, dem entsprechend, was man in entsprechenden physiologischen Zuständen findet, nur stärker ausgesprochen.

Gehen wir nun zur speciellen Betrachtung der manio-depressiven Mischzustände über, so können sie — nach Kraepelin — als wirkliche Mischungen gleichzeitig bestehender manischer und depressiver Krankheitszeichen definirt werden.

Kraepelin beschränkt sich in seiner Psychiatrie (1899) darauf im Grossen zwischen zwei Gruppen Mischzuständen zu unterscheiden, bezw. von manischer Stimmung gepaart mit psychomotorischer Hemmung, und depressiver Stimmung mit motorischer Excitation charakterisirt.

Für die erste Gruppe hebt Kraepelin die Neigung der Fälle hervor, einen kurzen Augenblick durch hinlängliches Incitament oder ganz unvermuthet die Hemmung zu überwinden und das Bild der reinen Manie darzubieten, um schnell wieder ihr gehemmtes Gepräge anzunehmen.

Zu dieser Gruppe gehört der sogenannte manische Stupor (1894 von Dehio beschrieben), den Kraepelin für das überzeugendste Beispiel eines Mischzustandes hält.

Kraepelin hebt hervor das häufige Vorkommen dieser Mischzustände in den Zeiträumen, in denen eine circuläre Psychose aus Manie in Melancholie überschlägt, und wo sie dadurch hervorgebracht scheinen, dass die verschiedenen Symptome nicht zu derselben Zeit umschlagen; der manische Stupor z. B. dadurch, dass die Excitation auf dem motorischen Gebiet zur Hemmung übergeschlagen, während die Stimmung selbst noch nicht von manisch in depressiv übergegangen ist.

Eine mehr eingehende Behandlung ist den manio-depressiven Mischzuständen von Weygandt in dessen oben öfter erwähnter Abhandlung zu Theil geworden.

Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Während Kraepelin sich darauf beschränkt das Hauptgewicht auf die Veränderungen auf dem Gebiet der Stimmung und des Psychomotorischen und deren gegenseitig variirenden Verhältnisse zu legen[1]), betont Weygandt die Bedeutung und die Gleichberechtigung der Veränderungen auf dem Gebiet des Vorstellungslebens mit jenen und legt hiermit die manio-depressive Triade fest; einerseits: manische Stimmung, Gedankenflüchtigkeit, motorische Excitation, andererseits: deprimirte Stimmung, Gedankenhemmung und psychomotorische Hemmung.

Nicht nur wird man nun in der Klinik fast jede denkbare Combination dieser Symptome finden können, sondern jedes einzelne derselben wird die verschiedenste, von der der anderen ganz unabhängige Stärke darbieten können, woraus man sieht, dass der innerhalb des Rahmens der manio-depressiven Psychose zusammengefasste Inhalt sehr bunt und reich abgeändert erscheint.

Weygandt hebt hervor, dass die Mischzustände zwar vielleicht am häufigsten in den Uebergangsperioden der circulären Psychose wahrgenommen werden, dass aber viele Fälle auch unter ihrem ganzen Verlauf und unter allen ihren Anfällen das Bild von Mischformen darbieten, während andere abwechselnd Anfälle von reiner Manie und Mischformen darbieten, und dass es Fälle giebt, welche die grösste Labilität in dem gegenseitigen Verhältniss der Symptome darbieten.

Aus einem Material von 150 Fällen sucht Weygandt die manisch-depressiven Mischformen in Gruppen zu ordnen und stellt vorläufig als einigermaassen gut charakterisirt und gut abgegrenzt auf: den manischen Stupor, die agitirte Depression und die improductive Manie.

Stupor haben ältere Verfasser für eine Krankheitseinheit angesehen, während man jetzt gewiss darin einig ist, das Wort als eine Bezeichnung für eine recht äusserliche Aehnlichkeit zwischen Zuständen höchst verschiedenen Ursprungs zu betrachten.

Hier scheiden wir den manischen Stupor aus und ferner den depressiven (Krafft-Ebing's und anderer Verfasser Melancholia stupida), beide auf Hemmung, aber mit entgegengesetztem Stimmungshintergrund, beruhend.

Wegen der Vieldeutigkeit des Wortes Stupor ist es gewiss am besten, für die beiden genannten Zustände innerhalb der manio-depressiven Psychose die Benennungen stupide Manie und stupide Depression oder

---

1) In der 7. Ausgabe (1904) seiner Psychiatrie hat auch Kraepelin die Veränderungen des Vorstellungslebens als das dritte wesentliche Moment in der manio-depressiven Psychose aufgenommen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Melancholie zu benutzen, Benennungen, die ja ausserdem mit den Namen improductive Manie und agitirte Depression in Analogie sein werden.

Weygandt folgt in seiner Beschreibung des manischen Stupors (oder Mania stupida) Dehio und Kraepelin, hebt aber hervor, dass die Krankheit ausser manischer Stimmung und psychomotorischer Hemmung die verschiedensten Grade von Vorstellungslebhaftigkeit und Vorstellungshemmung und eine hierzu in Verhältniss stehende Orientirung und Aufmerksamkeit auf das in den Umgebungen Vorgehende darbieten kann.

Bei der Besprechung der improductiven Manie, die durch manische Stimmung, psychomotorische Excitation und gehemmten Vorstellungslauf charakterisirt wird, ist Veranlassung da, eine Gruppe Erscheinungen hervorzuheben, die auf dem Uebergang zwischen den zwei Hauptgebieten, dem des Vorstellungslebens und dem des Psychomotorischen, stehen, nämlich die Sprechbewegungen, die — wie auch Weygandt erwähnt — eine gewisse Unabhängigkeit von dem übrigen motorischen Gebiet, zu dem sie eigentlich gehören, zu bewahren scheinen, und sich bald diesem, bald der Vorstellungsthätigkeit anschliessen. Man sieht Fälle von manio-depressiver Psychose mit Gedankenflüchtigkeit und lebhaftem Redestrom, wo das übrige motorische Gebiet gehemmt oder allenfalls nicht excitirt ist; andererseits begegnet man Fällen mit motorischer Excitation, auch der Sprechbewegungen, aber mit Vorstellungsarmuth, weshalb die Excitation der Sprechbewegungen sich durch unarticulirtes Rufen und Grölen oder durch einförmiges Hurrahrufen u. dergl. zu erkennen giebt. Viele Fälle passiver oder stupider Manie machen gewiss wegen der Sprechhemmung den Eindruck unproductiv zu sein; in der That arbeiten sie vielleicht mit einer Menge depressiver Vorstellungen (und Hallucinationen), die nur durch die Sprechhemmung gehindert werden, zu Tage zu kommen.

Die dritte der Weygandt'schen Formen ist die agitirte Depression, durch depressive Stimmung, motorische Excitation und mehr oder weniger ausgesprochene Gedankenflüchtigkeit charakterisirt.

Eben diese Mischform lässt sich nicht von der agitirten Melancholie abgrenzen[1]); eine solche Grenze ist eine künstliche, von der die Natur nichts weiss.

Ich trage daher kein Bedenken, in dem Folgenden — wie schon dann und wann im Vorhergehenden geschehen — die Bezeichnungen Melancholie und Depression durcheinander für dasselbe Krankheitsbild zu gebrauchen.

---

1) Melancholie und Depression. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1905.

Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Wir wollen hiernach einzelne charakteristische Züge der manio-depressiven Psychose in Kürze besprechen.

Bezeichnend für Patienten, die an manio-depressiver Psychose leiden, ist ihre ausserordentliche Excitabilität. Sie lassen sich sehr leicht von allen äusseren Eindrücken beeinflussen. Bei einer Unterredung, oder wenn man sich sonst in anderer Weise mit ihnen abgiebt, wird man als Regel ein stetes Steigen der Stärke der verschiedenen Symptome wahrnehmen können, und je grösser, je länger die Unterredung dauert. Dies gilt sowohl von manischen als melancholischen Zuständen.

Als charakteristisch für diese Patienten nennen sowohl Kraepelin als Weygandt — wie schon früher Kirn — ihre Neigung zum Raisonniren, die sich sowohl in den exaltirten als in den deprimirten Perioden verräth. Manische Patienten sind oft anspruchsvoll, rechthaberisch, leicht beleidigt, sie kritisiren, beklagen sich über Mitpatienten und Krankenpflegerinnen u. s. w., deprimirte Patienten haben oft einen Zuschnitt von Mürrischheit, Reizbarkeit, Bissigkeit, der namentlich in den chronischer verlaufenden Fällen hervortritt, und ganz besonders, wenn sie älter werden.

Als ein wichtiges differentialdiagnostisches Moment gegenüber den in der Dementia praecox, besonders der Katatonie vorkommenden Exaltationszuständen hebt Weygandt mit Recht hervor, dass die manio-depressive Exaltation etwas gewisses Natürliches, Frisches und Echtes an sich hat, das stark mit dem Manierirten und Schrullenhaften in der Erregung des Katatonikers und mit der Impotenz seines Witzes contrastirt.

Dem ganz entsprechend betont Krafft-Ebing als Anhaltspunkt der Diagnose zwischen katatonischem Stupor und Melancholia stupida, dass wir in dieser „hinter der Maske stupiden Staunens einen schmerzlichen Gesichtsausdruck anstatt des nichtssagenden des Blödsinns finden".

Der hier von diesen beiden Verfassern hervorgehobene Anhaltspunkt für die Diagnose der manio-depressiven Psychose ist gewiss bisher nicht hinlänglich werthgeschätzt worden. Es gilt nicht nur von den manischen, sondern auch von den depressiven Formen und den Mischzuständen, dass über sie alle eine Echtheit, Natürlichkeit und Ursprünglichkeit ist, die auf ihre Abstammung und nur quantitative Abweichung von den physiologischen Stimmungen deutet. Es ist in allen diesen Zuständen, sogar in deren stärksten Uebertreibungen, in der That nichts, das der natürliche Mensch nicht verstehen und sozusagen „mitfühlen" kann, während z. B. in den entsprechenden katatonischen Zuständen eben das Unsinnige, Fremdartige, Unlogische, „Unsympathische" so charakteristisch ist.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ist einem dies Verhältniss erst aufgegangen, wird es sich bei dem geübten Kliniker gewiss zu einem — wenn auch schwer definirbaren — so doch sehr werthvollen Kriterium dafür, ob der vorliegende Fall eine echte Stimmungspsychose ist oder nicht, entwickeln können.

Kraepelin's Aufstellung des manisch-depressiven Irreseins als Krankheitseinheit hat sowohl viel Anerkennung und Anschluss als starken Widerstand gefunden.

Wie man sich nun auch zu der Sache stellt, kann man schwer bestreiten, dass Kraepelin's Gedanke jedenfalls der Ausdruck eines grossen, umfassenden und genialen Blicks auf die Psychosen ist; und ich irre kaum, wenn ich annehme, dass die manio-depressive Psychose in der Psychiatrie der Zukunft eine Sonderstellung einnehmen wird, als die Gruppe Geisteskrankheiten, die — wie auch Kraepelin in den letzten Jahren so stark hervorhebt — eine tiefere Wurzel in der menschlichen Constitution hat, als irgend eine andere.

III. Casuistik.

Hat man erst ein Auge für die manio-depressiven Mischformen, wird man bald sehen, dass sie keineswegs selten sind, und man wird finden, dass fast jeder einzelne Fall seine besondere Schattirung der gegenseitigen Abstimmung der Symptome darbietet.

Dessen ungeachtet will ich in dem Folgenden versuchen, Typen aufzustellen, um welche wir die einzelnen Fälle gruppiren können, doch so, dass man zwischen allen diesen Gruppen Uebergangsformen muss finden können, so wie auch der einzelne Fall die verschiedenen Typen zu verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf der Krankheit vertreten kann.

Ich folge in dieser Systematisirung hauptsächlich Weygandt, suche jedoch zu seinen drei Formen noch einige hinzuzufügen, die mir Vertreter häufiger vorkommender Formen zu sein scheinen.

Bezüglich der Nomenclatur lasse ich consequent das Hauptwort, Manie oder Melancholie (Depression) den Ausdruck für die Stimmung des Individuums sein und füge dazu als Adjectiv: passiv (in den höchsten Graden: stupid) oder agitirt als Bezeichnung für die psychomotorische Seite des klinischen Bildes, und productiv oder unproductiv für Veränderungen auf dem Gebiet des Gedankenlebens.

Es ist selbstverständlich, dass es nicht immer nothwendig ist, dem Substantiv zwei Adjective beizufügen, wenn auf dem dritten Gebiet keine auffällige Veränderung in der entgegengesetzten von der zu erwartenden Richtung da ist.

Wo von den reinen klassischen Bildern der Melancholie und Manie

Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

die Rede ist, sind diese Bezeichnungen natürlich auch an und für sich hinlänglich.

Da die Absicht mit der folgenden Casuistik nur ist, die verschiedenen Typen innerhalb des Rahmens der manio-depressiven Psychose zu illustriren, habe ich — ohne irgendwie die Bedeutung der Anamnese für die Diagnose zu unterschätzen — mich hier darauf beschränkt, treffende Momentbilder der verschiedenen Patienten zu geben zu suchen.

Ich habe hierzu theilweise Fragebogen nach Sommer's Muster benutzt, aber wo diese durch Uebertragung in eine andere Sprache ihre Wirkung verfehlen würden, habe ich sie durch eine Beschreibung ersetzt.

In Betreff der Fragebogen sollte man vielleicht im Voraus von einer solchen Reihe magerer Fragen keinen grossen Ertrag erwarten; durch Einschieben von Parenthesen, das Mienenspiel und die Bewegungen des Patienten angebend, habe ich indess versucht ihnen eine gewisse dramatische Anschaulichkeit zu geben, und sie werden gewiss in der That zeigen, dass sie ein recht lebendiges Spiegelbild des betreffenden Patienten geben.

I. M. P., 29 Jahre, verheirathete Frau, den 13. März 1901 eingelegt.

16. März. Die Patientin sitzt aufrecht im Bett mit deprimirtem, verquältem Ausdruck in dem mageren, blassen Gesicht und mit hoch aufgezogenen Augenbrauen, sagt, dass sie einen spannenden Schmerz im Kopfe hat. Sie weiss, dass sie auf dem Sct. Hans-Hospital ist, dass sie mit einem Arzt spricht, dass sie krank und es ziemlich lange gewesen ist, erinnert sich aber nicht wie lange. Sie erinnert sich nur undeutlich und nebelhaft der Ereignisse der letzten Monate; sie glaubt, dass es jetzt Sommer ist, schliesst aber, aufgefordert durchs Fenster zu sehen, von den blätterlosen Bäumen des Gartens, dass es Winter sein muss; sie kennt die Jahreszahl, erinnert sich ihres Alters und ihrer Wohnung, erinnert sich überhaupt an Alles, was in der Zeit vor ihrer Krankheit liegt. Sie spricht langsam und beschwerlich; in jeder Bewegung, so wie in jeder Auffassung von Fragen und in ihren Antworten ist eine deutliche Hemmung zugegen; sie muss sich zusammennehmen, und es geht nur mit Ueberwindung eines Widerstandes; aber ihr Bescheid über frühere Tage ist eigentlich recht klar und glaubwürdig und contrastirt auffallend mit der Unwahrscheinlichkeit ihrer depressiven Vorstellungen. Sie erkennt, dass sie krank ist und es lange gewesen ist. Auf die Frage, warum sie so traurig ist, sagt sie, dass sie an einen ganz verkehrten Ort gekommen ist, dass sie hier nicht über Nacht bleiben kann, dass sie heute Mittag fort sollte, als sie hörte, dass ihr Mann heruntergefallen sei; sie hört Stimmen sagen, dass sie in Stücke gehauen werden und zu den Ratten hinunter soll.

Sie behauptet, dass sie nicht vom Communehospital kommt, obgleich „es auf den Betttüchern stand", weiss doch nicht, aus welchem Grunde man sie

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zum Besten wolle haben. Patellar- und Plantarreflexe sehr herabgesetzt, fast verloschen. Die Pupillen reagiren gut.

Im Hospital ist sie schweigsam und ruhig gewesen, sitzt fast beständig aufrecht mit demselben tragischen Gesicht; des Nachts steigt sie dann und wann still aus dem Bett. Das Essen verursacht Schwierigkeit; sie muss genöthigt und gefüttert werden, nimmt nicht selbst den Löffel.

31. März. Immer stillstehender, fast keine Antwort zu erpressen; im besten Fall mit sehr langer Bedenkzeit und immer aus depressiven Ideen heraus.

27. Juni. Stets deprimirt, stumm und unbeweglich. Auf energische Aufforderung kommen Bewegungsintentionen; es wird aber nichts daraus.

September 1901. Der Zustand wie mehrere Monate vorher. Sie sitzt aufrecht im Bett ohne Stellung zu verändern.

Die Stirn ist stark querrunzlich; die Augen traurig, verzweifelt, die Mundwinkel herabgezogen. Sie antwortet nicht auf Anrede, dreht aber die Augen dem Redenden zu. Der Blick ist recht gegenwärtig und gesammelt. Reicht man ihr die Hand und sagt: Guten Tag! rührt sie sich nicht; wiederholt man die Aufforderung mehrere Male und in etwas ungeduldigem Ton, summiren sich gleichsam die Eindrücke, und es kommt ein leichtes Zittern, ein kleines Zucken in den Fingern der rechten Hand; die lockert sich ein wenig aus der linken Hand, worin sie ruht; nimmt man sie, schliesst ihre Hand sich natürlich in die des Untersuchers, und man merkt einen leichten Druck und eine kleine Bewegung des Arms, wie bei einem natürlichen Händedruck. Wenn sie wiederholt aufgefordert wird, die Zunge zu zeigen, kommt ein leichtes Zittern der Lippen, die Zähne trennen sich, aber nur selten sieht man die Spitze der Zunge. Vereinzelt ist es gelungen, ein einsilbiges Wort aus ihr herauszubringen, sonst schweigt sie. Der Gesichtsausdruck wechselt ein Wenig nach dem, was ihr gesagt wird; spricht man zu ihr von Heim und Kindern, drückt ihr Gesicht die tiefste Trauer und Verzweiflung aus; geht man zu gleichgültigeren Dingen über, glättet sich etwas von dem verzweifelten Ausdruck; scherzt man, kann gleichsam ein Anlauf zu einem traurigen Lächeln kommen. Sie isst als Regel selbst, wenn sie inganggesetzt wird, aber ungeheuer träge, und bisweilen muss das Essen ihr gegeben werden. Sie ist reinlich.

October 1901. Eines Tages fing sie ganz unerwartet an eine der Wärterinnen anzureden. Die Rede war langsam, leise und stossweise, beschwerlich; sie sagte, dass sie sich bodenlos unglücklich fühlte, dass sie gerne hätte sprechen wollen, dass es ihr aber ganz unmöglich sei, und dass sie darüber sehr unglücklich sei. Darauf schwieg sie still, und es ist später nicht möglich gewesen sie zum Reden zu bringen. Menses nicht vorhanden seit dem 6. Februar 1901.

In den Monaten, in denen diese Patientin am stärksten gehemmt war, bot sie das Bild: Melancholia stupida dar; vor und nach der Zeit den weniger gehemmten Grad: Melancholia passiva, vielleicht

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die gewöhnlichste Form der Melancholie und jedenfalls in der gegenseitigen Abstimmung ihrer Symptome ganz der physiologischen Trauer entsprechend. In wie fern dieses Krankheitsbild das Prädicat productiv oder improductiv haben soll, ist ziemlich schwer zu entscheiden, ihre depressiven Vorstellungen und Gehörshallucinationen deuten auf eine gewisse Productivität, von welcher man sich indessen — wenigstens für die Monate stupider Melancholie — keine Vorstellung bilden konnte, weil die Hemmung der Sprechbewegungen jede Mittheilung über das in ihren Gedanken vorgehende ausschloss.

Ueberhaupt neige ich zu dem Glauben, dass sich in passiven und stupiden Melancholien oft eine nicht geringe Productivität findet, deren Constatirung nur die Sprechhemmung verhindert.

II. F. T., 49 Jahre, verheirathete Frau; den 16. Juli 1901 eingelegt.

November 1901. Die Patientin ist eine ältere Dame mit ganz weissem Haar, sie sitzt still in einer Sophaecke mit gekreuzten Armen ohne etwas vorzunehmen. Gesichtsausdruck deprimirt, rathlos. Während des Gesprächs hat sie, wie beim Stillsitzen, einen eigenthümlich saugenden, schmatzenden Laut mit den Lippen, den sie in's Unendliche wiederholt, das einzig sichtbare Zeichen motorischer Unruhe. Uebrigens sind ihre Bewegungen gesetzt, eher etwas zögernd und langsam.

Nachdem ihre Rede in Fluss gekommen ist — hier ist aber ein gewisser Widerstand —, spricht sie unaufhörlich: Sie ist eine Massenmörderin, soll in's Zuchthaus; sie hat alle Menschen getödtet oder ihnen Böses gewünscht. Ohne es zu wissen hat sie eine Menge Menschen gemordet, thut es täglich und stets bei Allem, was sie vornimmt, und hat es eigentlich ihr ganzes Leben gethan, es ist ihr aber erst jetzt klar geworden. Da war z. B. im Communehospital eine alte Frau, die zwei ihrer Butterbrode gegessen und ihren Thee getrunken hatte und den Tag nachher war sie weg; aber sie vergass nach ihr zu fragen; sie wurde „Grossmutter" genannt; die hat sie auch erschlagen, und hier ist es nicht besser; wenn sie im Closet ist, wünscht sie, dass alle Menschen blind und stumm werden möchten, und dass alles in die Erde versinken möge. In allem Essen sind Gesichter und Köpfe, die bilden sich so, und in Bäumen, Zeitungen und überall sind Köpfe; wenn sie in's Brot beisst und im Kaffee und Thee. Sie ist Massenmörderin und begreift nicht, dass sie nicht verzweifelter ist; sie bittet flehentlich ins Zuchthaus oder wenigstens von hier weg zu kommen, oder dass man mehrere andere Personen holen wolle, damit sie gestehen und ihre verdiente Strafe bekommen möge; sie bittet um ein Schlafmittel, dass sie sofort tödten kann; so kann sie es nicht aushalten, sie muss ins Zuchthaus; sie spricht von allen ihr erinnerlichen Todesfällen in ihrem näheren oder ferneren Bekanntschaftskreis, an allen ist sie schuld, sogar an einem Paar Selbstmorden, und eine Tante starb kurz nach Einnehmen einer Arznei nach verkehrtem Recept, dies hatte sie geschrieben — — —

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Rede ist ununterbrochen, monoton strömend; sie braucht kaum dann und wann ein Stichwort; widerspricht man ihr, schüttelt sie ungeduldig den Kopf, wird gereizt, und der Redestrom fliesst nur noch eifriger. Sie begleitet, immerfort redend, den Arzt zur Thür hinaus, den Gang hinab, bittet, man möge bleiben u. s. w. Alle ihre Bewegungen sind träge, zögernd und gedämpft.

In diesem Fall finden wir ausgesprochene deprimirte Stimmung und eine gewisse, der Depression ungefähr entsprechende motorische Hemmung, zu deren Ueberwindung es eines bedeutenderen äusseren Eindrucks bedarf. Daneben eine nicht geringe Gedankenflüchtigkeit. Was die Sprachbewegungen betrifft, scheinen diese Anfangs gehemmt; ist aber die Hemmung auf diesem Gebiet erst einmal überwunden, öffnen sich die Schleusen aller der depressiven Vorstellungen, die in ihrem Kopfe wirbeln, und worin sich eine gewisse Flüchtigkeit verräth, wenn sie sich auch stets um dasselbe drehen und dazu zurückkehren, ihr eigenes Schuldbewusstsein und ein energisches Verlangen nach Strafe.

Diesen Fall würde ich Melancholia passiva productiva nennen.

III. F. H., 60 Jahre, Wittwe, eingelegt den 14. August 1901. Fragebogen 26. August 1901. 5 Uhr Nachmittags.

Die Patientin ist eine stattliche greise Dame, voll, nach dem Gesicht zu stark congestionirt. Sie liegt zu Bett, ist aber in steter motorischer Unruhe; sie wühlt Laken und Kissen durch einander, ringt Hände und Füsse, kratzt sich im Haar und an Armen und Beinen, macht wiederholte Versuche aus dem Bett zu springen, wird aber von dem vorwurfsvollen Blick und den beruhigenden Handbewegungen des Arztes zurückgehalten. Der Gesichtsausdruck ist verzweifelt, die Rede schnell, fast ununterbrochen, und die Fragen müssen deshalb schnell in eintretenden kurzen Pausen eingeschoben werden. Schon vor der ersten Frage beginnt sie mit einer von Angst und Unruhe stark modulirten Stimme: „Oh, soll nun wieder geschrieben werden, und dann kommen sie und holen mich — schreiben Sie nur —“.

1. Wie ist Ihr voller Name? — „F. H“.

2. Was sind Sie? — „Nichts — Wittwe — oh, Doctor, Doctor; das steht ja alles von Kopenhagen da — bitte, aber ich kann nicht darüber hinaus kommen — ist mein Sohn unten? Armer A. (Neveu der Pat., der einlegende Arzt), er wünscht gewiss, nie mein Arzt gewesen zu sein. — Du grosser Himmel! was habe ich über sie alle gebracht — —“

3. Wie alt sind Sie? — „60“!

4. Wann sind Sie geboren? — „17. August — ich kann nicht rückwärts rechnen —“.

5. Wo wohnen Sie? — „—strasse No. 14. Ach, du grosser Himmel; nein ich komme gerade ins Gefängniss; was habe ich doch meiner Familie gethan; (steckt das Bein aus dem Bett, begegnet dem vorwurfsvollen Blick des

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Arztes und sagt:) Bitte! — Nun kann ich mit dem Bescheid gehen — (sieht nach der Thür) — nicht mal die Thür verschliessen Sie mir — niemals bin ich so unglücklich gewesen — keine einzige Thräne seit vier Monaten —".

6. Welche Jahreszahl schreiben wir? — „1901".

7. In welchem Monat sind wir? — „Im August! Gott, ich weiss alles, bester Doctor, deshalb wird das Urtheil noch mal so streng; ich soll sowohl gehängt als verbrannt werden! Wie bekamen sie nur die unglückselige Idee, mich auf die 6. Abtheilung[1]) zu bringen — was soll ich thun —".

8. Welches Datum haben wir heute? — „Das weiss ich nicht, das haben die Mädchen mir nicht gesagt; woher sollte ich es sonst wissen? — Ach, Doctor, Doctor, was soll ich machen; nun kommt mein Junge und holt mich und glaubt eine gesunde Mutter zu holen — was für ein gräuliches Unglück!" (ringt die Hände).

9. Welchen Tag in der Woche haben wir? — „Das weiss ich nicht (Ungeduldig). Wie sollte ich das wissen! — Ja, was hatten wir doch gestern? — es ist Montag!" (jammert).

10. Wie lange sind Sie hier? — „Das weiss ich nicht! Wieviel Tage? Bin ich 14 Tage hier — oh! Gott! dann bringen sie mich nach Hause und schmücken mir das Haus, und dann bringe ich Feuer über die ganze Welt —" (ringt Hände und Füsse).

11. Was ist dies für ein Ort? — (gereizt) „Oh! das weiss ich ja — Sct. Hans Hospital! — Ich bin ja nicht von Sinnen — sie brachten mich ja in das verkehrte Haus[2]) — —".

12. Wo liegt der Ort? — „Das weiss ich wahrlich nicht! — bei Roskilde! — Sie können ja schreiben, was Sie wollen — — nein, ich war ja zu Hause nie normal — — ich war ja bidstrup verrückt[3]) — denken Sie sich, jetzt soll ich vor dem Richter gefragt werden — ich! du barmherziger Gott! — Gott! Sollen alle die Papiere geschrieben werden? —".

13. Woher hommen Sie? — „Aus Kopenhagen — natürlich; ich kann auf alles antworten was Sie wollen; das ist eben das gräuliche —".

14. Wer sind die anderen Menschen hier? — „Krankes Volk — Gott, ich weiss Alles!".

15. Wer bin ich? — „Sie sind Doctor — ich weiss ja alles, leider — das wissen Sie ja eben so gut — Gott, was habe ich doch über meine Familie gebracht! — nun hatten sie es so gut — und da komme ich hereingeplumpst —".

16. Wo waren Sie vor 8 Tagen? — „Das weiss ich — hier, natürlich! wenn ich seit 14 Tagen hier bin —".

17. Wo waren Sie vor einem Monat? — „Da war ich in einem anderen Tollhaus — (ärgerlich) — wie heisst es doch gleich — 6. Abtheilung — das Communehospital —".

---

1) des Communalhospitals Irrenabtheilung.

2) Hier findet sich ein nicht wiederzugebendes Wortspiel.

3) „Bidstrup" ist der volksthümliche Name von recht odiösem Klang des Sct. Hans-Hospitals.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

18. Wo waren Sie letzte Weihnachten? — „Das weiss ich wahrhaftig nicht — zu Hause! — oh, es wird schon dunkel — oh, mein Grauen vor der Finsterniss!“.

19 Sind Sie traurig? — „Oh, schweigen Sie! — traurig! — ist das ein Wort! — ich wahnsinnig Unglückliche! — ich kann keine Thräne hervorbringen. Oh — Sie haben Recht — (spöttisch) — sind Sie traurig?! — oh, Gott! —“.

20. Sind Sie krank? — „Ich bin nichts — garnichts! lassen Sie das Schreiben — ich bin wahnsinnig und so bin ich nun die Fussböden hin und her gestampft — — (guckt dem Arzt in die Papiere) — — Doctor, Doctor, ist mein Kind unten?“.

21. Verfolgt jemand Sie? — „Nein, nur ich selbst; wer sollte mich verfolgen? — ich bin ja unglücklich ohne es gewollt zu haben — oh, ich Unglückliche —“.

22. Hören Sie Stimmen? — „Nein, nichts, nur mich selbst — Oh, Doctor, Doctor; sie ahnen kein Wort zu Hause; was soll ich machen — — Gott gebe, dass Sie mir Gift geben wollten — — Nun sitzen Sie, ein sauberer, gebildeter Mann neben mir — — Oh, Gott, ja — ich weiss, dass ich ruhig sein soll — Oh, Gott gebe im Himmel, es wäre ungeschehen — — (ein Mädchen geht auf dem Gang); ist das mein Sohn, der da kommt? —“.

Der Fragebogen dieser Patientin lässt kaum einen Zweifel über die Diagnose entstehen: Melancholia agitata productiva. Die Gedankenflüchtigkeit ist nicht so ausgesprochen, wie sie mitunter zu treffen ist; jedoch unzweifelhaft zugegen.

Einen diesem fast ganz entsprechenden Fall, nur mit bedeutender Abdämpfung auf allen Gebieten zeigt folgender Fragebogen:

IV. Frau K., 54 Jahre. 28. August 1901. 5 Uhr Nachmittag.

Eine mitteljährige, behäbige, gutmüthige Frau. Der Gesichtsausdruck wacker, aber traurig, ängstlich; die Augen roth und verweint; sie hat die ganze Zeit das Taschentuch hervor, und es ist eine stete leichte motorische Unruhe über sie. Sie spricht in winselndem Ton, bisweilen mit einem schwachen Zusatz von Galgenhumor. Sie hat oft mit dem Arzt gesprochen. Schon vor der ersten Frage sagt sie mit einem ängstlichen Seitenblick:

„Was wollen Sie?“

1. Wie ist Ihr voller Name? — „Mein voller Name? Wissen Sie den nicht, wissen Sie den nicht? — A. K. K.“

2. Was sind Sie? — „Was ich bin; ich weiss nicht, was ich bin; ich bin wohl nichts!“

3. Wie alt sind Sie? — „56, glaube ich; ich weiss wahrlich nicht recht“.

4. Wann sind Sie geboren? — „Ich bin den 2. April 1847 geboren, glaube ich (ängstlich); warum wollen Sie das alles wissen — wie?“

5. Wo wohnen Sie? — „Wo ich wohne — ja, ich wohne ja hier in diesem Bett — nicht wahr? — was ist doch das alles? was ist doch das alles — oh nein —“ (weint).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

6. Welche Jahreszahl schreiben wir? — „Wir schreiben gewiss —: ja, das weiss ich nicht; wir schreiben so was wie 1901 oder 1902; ich weiss es wahrlich im Augenblick nicht — was ist das; ich verstehe nicht — (winselt) oh, Doctor Th., warum wollen Sie das alles wissen?"

7. Welchen Monat haben wir? — „Wir sind im August".

8. Was für ein Datum haben wir heute? — „Ja, das weiss ich nicht — wohl den 28. oder 29. — was heisst doch dies alles!"

9. Welchen Tag in der Woche haben wir? — „Dienstag gewiss, nicht wahr? — ich weiss wahrlich nicht; nein, Mittwoch ist es!"

10. Wie lange sind Sie hier? — „Das weiss ich wahrlich nicht; ob ich hier einen oder anderthalb oder zwei Monate bin — das weiss ich nicht!"

11. Was für ein Ort ist dies? — „Ja, sie sagen ja alle, dass es das Sct.-Johannes — Sct.-Hans-Hospital ist (weinend); ich glaube es nicht; — das sagen sie alle —" (begräbt das Gesicht in ihrem Taschentuch).

12. Wo liegt es? — „Ja, es sollte bei Roskilde liegen; wenn es das Sct.-Hans-Hospital ist, muss es bei Roskilde liegen; ja, als ich hierher reiste, kam ich durch Roskilde; ich sah die Kirche und alles — oh, was ist das alles; was schreiben sie doch da — sagen Sie mir alles! Oh, ich kann es nicht aushalten; Sie sind so böse, das kann ich Ihnen ansehen (der Arzt hat mehrmals der Patientin freundlich und beruhigend zugelächelt), oh, ich bin so bange! Oh! Doctor Th., haben Sie doch ein wenig Gnade mit mir — Oh! Sie sind ja böse, aber Sie sehen doch nicht böse aus; aber ich weiss, dass Sie es sind; — nein, soll ich das alles nachher lesen? — Oh, wie böse — was ist das alles; soll ich das lesen — aber ich kann gewiss nicht! — Oh, das sind alle meine Sünden, ich soll (weint) — das ist viel, das sehe ich —".

13. Wo kommen Sie her? — Ja, ich kam vom Hospital: wissen Sie das nicht? oh nein, es wird je länger, je toller —".

14. Wer sind die anderen Menschen hier? — „Das weiss ich nicht; ich weiss nur, das ist Fräulein Olsen und das ist Fräulein Petersen (zeigt auf ein Paar der nächsten Betten), ich kenne sie ja nicht. — Was soll geschehen? ich kann sehen, dass Sie böse sind; es ist gewiss was Nettes — oh, lassen Sie doch —".

15. Wer bin ich? — „Sie sagen ja selbst, dass Sie Doctor Th. sind; sie sagen es ja selbst — nicht wahr? Von Anfang an sagten Sie, Sie wären der Reisende meines Bruders (der Arzt schüttelt den Kopf) — ja, dann ist es mir mit dem anderen zugeflüstert — ja, ich weiss nicht — oh, nein! —"

16. Wo waren Sie vor 8 Tagen? — „Ja, da war ich ja hier; bin ich anderswo gewesen? Ich weiss nicht, bin ich anderswo gewesen?"

17. Wo waren Sie vor einem Monat? — „Ja, da war ich auch hier — ich weiss nicht, aber ich erinnere mich nicht — Oh —" (schaudert).

18. Wo waren Sie letzte Weihnachten? — „Letzte Weihnachten — da war ich zu Hause — oh, nein —".

19. Sind Sie traurig? — „Ob ich traurig bin?! (Mit Nachdruck) Ja, ich bin sehr traurig sogar."

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

20. Sind Sie krank? — „Ob ich krank bin? — ja, ich weiss nicht, was ich dazu sagen soll; ganz frei bin ich gewiss nicht."

21. Verfolgt jemand Sie? — „Ob jemand mich verfolgt; ja, ich weiss nicht, wie ich es nennen soll; es ist wohl Wirklichkeit, nicht Verfolgung — mir ist so entsetzlich angst — was soll daraus werden?"

22. Hören Sie Stimmen? — „Ja, das thue ich — oder keine Stimmen; ich weiss nicht, ob ich selbst flüstere; ich weiss nicht, was es ist; ich habe das nie früher gekannt — — soll ich nun das alles lesen, dann muss ich sagen — oh, lassen Sie das Schreiben — es ist genug — nein lassen Sie — ach! ganze Bücher voll — ich muss sagen, das ist ein ordentliches Sündenregister für mich — —".

Dieser Fragebogen giebt das Bild einer leicht agitirten Melancholie mit Andeutung von Gedankenflüchtigkeit, interessirt aber namentlich dadurch, dass er Hallucinationen von der für die Stimmungspsychosen charakteristischen Art verräth.

V. C. B., 62 Jahre, Wittwe, eingelegt den 12. Juni 1901.

Die Patientin ist eine grosse, kräftig gebaute, volle Person, die trotz ihres weissen Haares jugendlich aussieht mit frischer Gesichtsfarbe, glatter blanker Haut und lebhaften Augen. Das Haar hängt ganz ausgeschlagen den Nacken herab. Sie liegt im Bett und hält sich während des Gesprächs im Bett, ist aber dessen ungeachtet in ununterbrochener Bewegung, liegt bald auf dem Bauch, bald auf dem Rücken oder dreht sich mit einem Ruck auf eine der Seiten herum und wühlt mit ihren Teppichen. Sie spricht unaufhörlich, und es ist fast unmöglich, ein Wort einzuführen. Sie fährt von einem zum anderen vermittelst der losesten Associationen; oft kann man überhaupt ihrer Gedankenflüchtigkeit nicht folgen, die ihren Ausgang von jeglichem Beliebigen nimmt. Sie ist ganz ausserordentlich gut orientirt, kennt einen Theil der Functionäre von früheren Einlegungen her und hat schon gewusst, sich über die neuen Auskunft zu schaffen, sie erzählt Geschichten von den Aerzten, denen sie Titel und Spitznamen giebt, von den Wärterinnen, die sie mit dem Rufnamen nennt; sie kennt überhaupt die Chronique des Hospitals sehr gut. Sie raillirt und kritisirt Alle, höhnt und macht herunter, zuckt die Schultern und speiet den Arzt an: so ein lumpiger Candidat! Die Stimmung ist bald zornig, bald albern-muthwillig mit den unberechenbarsten Uebergängen, bald schimpft sie, bald liegt sie lautlachend auf dem Bauch. Sie hat ein erstaunliches Gedächtniss, erinnert sich der verschiedenen Zellen und ihrer Ausstattung und sagt sie mit Nummern her.

Sie zürnt natürlich über ihre Einlegung. Sie findet das Essen hier schlecht, das Service gemein; Alles kritisirt sie. Uebrigens ist auffällig, in wie hohem Grade die Ideen und Vorstellungen, mit denen sie tummelt, der Beschreibung von früheren Aufenthalten entsprechen.

Im Anfang des Gesprächs gelingt es, ihre Stimmung einigermaassen angenehm zu halten, aber nach und nach wird sie muthwilliger, kneift den Arzt stark am Arm und sagt: „Nun bekommen Sie morgen einen blauen Flecken!"

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kurz nachher bringt sie dem Arzte mit einer Haarnadel einen blutenden Riss bei; und da sie gleichzeitig anfängt, von Ohrfeigen zu sprechen, zieht man vor, zu retiriren, aber die Flucht begleitet sie mit höhnischen Scheltworten, mit Lachen und Fluchen gemischt.

Dieser Journalauszug schildert die reine klassische Manie in ihrem vollen Glanz und bedarf keines Commentars.

VI. F. R., 39 Jahre, geschiedene Frau, eingelegt den 2. October 1901.

5. October. Die Patientin liegt ganz ruhig im Bett mit zierlich geglättetem Teppich und Laken. Die Stimmung ist sehr gehoben; sie lächelt schmachtend oder lacht fortwährend. Das Haar hat sie von Ohr zu Ohr gescheitelt und es in eine Menge kleiner Flechten geflochten. Sie ist muthwillig, spricht unaufhörlich und reissend schnell, antwortet kaum auf Fragen und dann oft mit Vorsatz verkehrt um witzig zu sein. Sie zeigt sich jedoch voll orientirt und kann richtige Auskunft geben, wenn sie will. Auf die Frage, wo sie sich jetzt befindet, sagt sie erst mit unschuldig-tückischer Miene: Taastrup oder Skovshoved[1]), beim Grosshandler Jakobsen u. s. w.; da dies sie aber nicht mehr amüsirt, bricht sie aus: „Glauben Sie, dass ich nicht weiss, wo ich bin? Ja, glauben Sie nur, dass ich es weiss!“ und aus dem Busen hervor zieht sie ein grosses blaues Couvert von denen, die das Commune-Hospital dem Director des Sct. Hans-Hospitals behufs Einlegungen schickt, und worauf gedruckt steht: Sct. Hans-Hospital. In derselben Weise giebt sie an, mit Methusalem gleichaltrig zu sein; giebt aber zuletzt richtig an: 39 Jahre; sie sieht übrigens bedeutend jünger aus.

Nur Anfangs sind indess einzelne vernünftige Antworten aus ihr herauszubringen; später wird ihre Rede ein ununterbrochener Strom; bald erhebt sie die Stimme mit Pathos, als stände sie auf einer Kanzel, bald schlägt sie in Strassenjargon über, überall von ganz äusseren Associationen geleitet, häufig Assonanz, reimend; sie citirt Bibelsprüche mit Verdrehungen: Jesus Pontikrus Pilatus, Gottes eingeborener Sohn, empfangen von der Prinzessin Marie, verurtheilt von Prinz Waldemar u. s. w., oder sie singt Gesänge mit Verbesserungen und Trillern; darauf schlägt sie in die rohesten Redensarten über, von einem Inhalt, der sich zum Wiedergeben nicht eignet. Während dessen liegt sie ganz still, setzt sich nur ein einziges Mal aufrecht im Bett, legt sich aber schnell wieder hin mit den Armen unter dem Teppich. Ihr Wörterstrom ist von keinem einzigen Gestus begleitet, und ihre Mimik beschränkt sich auf dasselbe stillstehende, schmachtende Lächeln; übrigens beginnt sie in der Regel erst zu sprechen, wenn andere sie anreden.

Diese Beschreibung zeigt einen ungewöhnlich hübschen Fall von Mania passiva productiva. Manie mit Gedankenflüchtigkeit und motorischer Hemmung.

---

1) Zwei Dörfer bei Kopenhagen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In der dänischen Ausgabe meiner Abhandlung folgte hier ein Fragebogen (VII), der sich indess nicht übersetzen lässt. Derselbe schilderte eine Patientin, die der vorigen ganz entsprach, ausgenommen, dass die motorische Hemmung in höherem Grade auch die Sprechbewegungen umfasste, so dass die Rede der Patientin, obgleich in allerhöchstem Grade gedankenflüchtig an Inhalt, auffällig langsam war. Dieser Gegensatz zwischen dem gedankenflüchtigen Inhalt der Rede und deren langsamen Tempo wird auf die meisten Menschen den Eindruck der „Verwirrung" machen, und dieses Krankheitsbild hat sicher auch oft unverdient diesen Namen tragen müssen, bis wir jetzt durch das detaillirte Studium der Symptome der manio-depressiven Psychose die rechte Deutung gefunden haben.

Hervortretend bei dieser Patientin war übrigens ihre grosse Excitabilität: je länger man mit ihr sprach, je wilder fuhren ihre Gedanken einher. Aus demselben Grunde verringerten sich die Aussichten auf eine vernünftige Antwort, wenn mehrere Personen auf einmal, wie bei der Visite, zu ihr eintraten, ganz besonders, wenn derselbe vom Director geleitet wurde; die Wirkung der Personen als Excitament schien mit der Bedeutung ihrer Stellung direct proportional zu sein. Käme ein Candidat allein und stellte einige kurze concise Fragen in determinirtem Ton, gab sie oft vollständig correcten Bescheid, so wie sie auch eine verhältnissmässig vernünftige Unterhaltung mit der Oberwärterin und fast am allerbesten mit den Mädchen führen konnte; bei solchen Gelegenheiten zeigte es sich, dass sie vollständig orientirt war und die Namen aller ihrer Umgebungen kannte.

VIII. D. B., 26 Jahre, verheirathete Frau. Eingelegt den 13. Mai 1901. Fragebogen 31. August. 6 Uhr, Nachmittags.

Die Patientin ist eine dünn und gracil gebaute junge Frau; das Gesicht blass, recht fein und hübsch, aber mit einer „raffinirten", etwas naseweisen Miene. Sie liegt mit abgekehrtem Gesicht, das sie am liebsten mit den Armen und dem ausgebreiteten Haar verbirgt, und sie ist anfangs nicht geneigt sich in ein Gespräch einzulassen; zuletzt antwortet sie doch in einem schlagfertigen, zungengeläufigen Ton, anfangs mit einem schmachtenden, herausfordernden Lächeln, später etwas zornmüthig und ungeduldig. Es ist durchaus kein Bewegungsdrang, und ihre wenigen Bewegungen sind gehemmt und fahrlässig, nur der Blick, mit dem sie bald mit dem Arzt coquettirt, bald ihn durchbohrt, verräth die gehobene Stimmung.

1. Wie ist Ihr voller Name? — „Mein Name? — D. M. B.!"
2. Was sind Sie? — „Ich bin verheirathet — mit ihm!"
3. Wie alt sind Sie? — „26 Jahre!"
4. Wann sind Sie geboren? — „D. 20. Januar 1875".
5. Wo wohnen Sie? — „Ja, im Augenblick wohne ich hier".

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

6. Welche Jahreszahl schreiben wir? — „Das mag wohl 1901 sein — was!“

7. Welchen Monat haben wir? — „Das weiss ich nicht; einige sagen, wir haben Juli, andere April; ich glaube nun, dass es so im Mai ist —“

8. Welches Datum haben wir heute? — „Das kann ich Ihnen wirklich nicht sagen; ich habe weder Zeitungen noch sonst was gesehen — (murmelt) — aber daran glauben! — Ich bin ja als verrückt hierher gekommen.“

9. Welchen Tag in der Woche haben wir? — „Wir haben Mittwoch“.

10. Wie lange sind Sie hier? — „Das kann ich Ihnen wirklich nicht sagen, ob es drei oder vier Wochen her ist; — in dem Radau, der hier ist.“

11. Was ist dies für ein Ort? — „Es ist das Sct. Hans-Hospital“.

12. Wo liegt es? — „Ja, was für eine Abtheilung es ist — oder was? — Dies ist doch eine Stube — wie soll ich es nennen —“.

13. Woher kommen Sie? — „Vom Communehospital“.

14. Wer sind die anderen Menschen hier? — „Das weiss ich nicht; es mögen wohl Patienten oder Gleichgestellte sein“.

15. Wer bin ich? — „Doctor Th.“

16. Wo waren Sie vor 8 Tagen? — „Wo ich vor 8 Tagen war? — da war ich in dem anderen Zimmer, hier am Ort“.

17. Wo waren Sie vor einem Monat? — „Das kann ich Ihnen nicht sagen; ich bin auf der 1, und 2., 4. und 6. Abtheilung im Communehospital gewesen“.

18. Wo waren Sie letzte Weihnachten? — „Letzte Weihnachten? — Zu Hause bei meinem Mann in der —strasse“.

19. Sind Sie traurig? — „Froh hier zu sein kann ich eben nicht sagen — — Ich habe nach Ausspruch des Professors einen schwachen Kopf“.

20. Sind Sie krank? — „Ich habe weiter keine Schmerzen“.

21. Verfolgt Jemand Sie? — „Nein“.

22. Hören Sie Stimmen? — „Keine andere als die, die da drüben heult“.

Aus den Repliken dieses Fragebogens würde man schwerlich eine Diagnose stellen können. — Was man am meisten bemerkt, ist die Wortkargheit der Antworten und eine Andeutung von Muthwillen in einzelnen Wendungen und Ausdrücken. Sieht man dagegen die Patientin an, wird man kaum bezweifeln, dass man einer Mania passiva, improductiva, manischen Stimmung mit motorischer Hemmung gepaart gegenübersteht und so entfernt von Gedankenflüchtigkeit, dass eher eine deutliche Hemmung des Vorstellungslaufs zugegen ist.

Von der passiven improductiven Manie führt eine Reihe von bei Weitem nicht seltenen Fällen nach der Mania stupida (Kraepelin's und Weygandt's „manischem Stupor“) hinüber, die in ihrer ausgeprägtesten Gestalt gewiss nicht sehr häufig ist.

Endlich giebt es die Mania improductiva agitata (Wey-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gandt's „unproductive Manie"), die ich zwar mehrmals als einen vorübergehenden Mischzustand gesehen habe, aber noch nicht als eine länger dauernde Mischform.

In dieser Casuistik glaube ich Beispiele der Variationen in der Combination der Symptome, die man innerhalb der manio-depressiven Psychose am häufigsten trifft, gezeigt und damit ein brauchbares Skelett einer Systematisirung derselben und einer natürlichen und leicht übersehbaren Gruppirung der Fälle gegeben zu haben.

IV. Pathologische und physiologische Verstimmung.

Wo eine Manie oder eine Melancholie in voller Entwickelung vorliegt, wird wohl kein Mensch im Zweifel sein, dass man einem pathologischen Zustand gegenüber steht.

Indessen begegnet man Fällen von leichter Verstimmung nach der einen oder der anderen Seite, wo es selbst dem geübten Kliniker schwer, ja unmöglich sein kann — jedenfalls aus dem augenblicklichen Bilde — zu entscheiden, ob hier von einem pathologischen oder physiologischen Zustand die Rede ist. Dasselbe gilt von den Anfangsstadien einer sich nach und nach entwickelnden Psychose.

Man findet dies Verhältniss immer wieder von Verfassern, welche die Stimmungspsychosen behandeln, erwähnt. 1837 erklärt Ideler es für unmöglich die Grenze zwischen physiologischer und pathologischer Verstimmung zu ziehen, und 1900 sagt Bewan Lewis, dass das Kriterium, ob ein vorliegender Fall von Depression physiologisch oder pathologisch ist, in einem Missverhältniss zwischen Ursache und Wirkung zu suchen ist, und viele Verfasser in dem zwischenliegenden Zeitraum sprechen sich auf dieselbe Weise aus. Flemming betrachtet die Stimmungspsychosen als aus derselben Wurzel entsprungen wie die physiologischen Stimmungen. Krafft-Ebing sagt in seiner Monographie über die Melancholie von deren leichtesten Form: Melancholia sine delirio: „In dem Bewusstseinsinhalt sowohl als in dem klinischen Bild scheidet diese krankhafte schmerzliche Verstimmung sich nicht von der motivirten Verstimmung des Gesunden."

Ganz derselben Betrachtung begegnen wir bei Griesinger: „Das eigentlich Krankhafte darin beruht in der Hauptsache darauf, dass gewisse Gehirnzustände, gewisse Stimmungen, Gefühle, Affecte, Urtheile, Willensimpulse von innen heraus durch Krankheit des Seelenorgans entstehen, während im gesunden Zustande unsere Affecte, Urtheile, Willensbestimmungen nur auf genügende äussere Veranlassungen entstehen", und später: „Auf die Dauer und die Heftigkeit der Phänomene kommt sehr Vieles an, ob wir psychische Zustände als krankhaft beurtheilen."

Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Auch Meynert theilt ganz die Meinung dieser Verfasser, wenn er in seiner „Psychiatrie“ sagt: „Die krankhaften Verstimmungen vermehren die physiologischen Affecte nicht um neue Formen, sondern verknüpfen sie nur mit anderen Bedingungen“.

Wenn ein Arzt einem Falle z. B. leichter Depression gegenübersteht, fragt er zunächst nach der Ursache der Verstimmung. Wird eine solche angegeben und keine andere denkbar ist, und der Arzt dann diese unverhältnissmässig gering findet — und noch mehr, wenn keine Ursache zu finden ist, oder die angegebene Ursache sich ganz paradox zeigt, — wird der Arzt erachten, dass hier eine Psychose vorliegt.

Wenn die angebliche Ursache indessen — mit gehöriger Rücksicht auf Temperament und Lebensanschauung des Individuums und auf die möglich ganz besondere Bedeutung, die eben diese Ursache für dasselbe haben kann — nicht in einem ausgesprochenen Missverhältniss zu der Depression zu stehen scheint, wird der Arzt vorläufig annehmen, dass er einer physiologischen Verstimmung gegenüber steht.

Zeigt es sich nun allmählich im Laufe der Zeit, dass die Verstimmung sich über passende Grenzen hinaus erstreckt, wird der Arzt indessen die Meinung wechseln und vermuthen, dass hier doch eine Psychose vorliegt, und mit desto grösserer Ueberzeugung, je längere Zeit vergeht.

Hieraus, d. h. aus dem Umstande, dass es bei leichteren Verstimmungen nach der einen oder der anderen Seite ganz äussere Kriterien, nämlich Stärke und Dauer im Verhältniss zur Ursache, sind, die für die Klinik in der Entscheidung der Frage: Psychose oder physiologische Verstimmung bestimmend sind, liegt es nahe zu schliessen, dass der Inhalt und das Wesen dieser Zustände qualitativ identisch sind.

Da ferner sowohl bei dem einzelnen Individuum auf den verschiedenen Entwickelungsstufen der Psychose, als auch bei mehreren Individuen mit Psychosen von verschiedener Intensität ein ganz gleichmässiger und ununterbrochener Uebergang einerseits von den ganz leichten Depressionspsychosen zu der tiefsten Melancholie mit Selbstvorwürfen, depressiven Wahnvorstellungen und Hallucinationen sowie intellectueller und motorischer Hemmung und andererseits von den ganz leichten Exaltationszuständen der Hypomanie zu der prachtvollsten Manie mit Gedankenflüchtigkeit und gewaltsamer motorischer Excitation nachgewiesen werden kann, so muss man schliessen:

dass zwischen der heiteren und trüben Stimmung und ihren respectiven pathologischen Uebertreibungen in deren verschiedenen Graden kein Wesensunterschied besteht, sondern

dass der Unterschied zwischen ihnen quantitativ ist und auf einem

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Missverhältniss zwischen der Ursache einerseits und der Stärke und Dauer der Wirkung andererseits beruht.

V. Pathogenesis.

Die in dem Vorhergehenden nachgewiesene Aehnlichkeit und Wesenseinheit der normalen Stimmungen und der Stimmungspsychosen legen den Gedanken nahe, auf das Studium der normalen Stimmungen und deren Physiologie einzugehen um auf diesem Wege Licht über die Pathogenesis der Psychosen zu werfen.

Dieses Studium wird sich doch auf seinem jetzigen Standpunkt als an und für sich unzulänglich entwickelt erweisen um die Frage zu lösen, aber hier wie fast überall in der Pathologie, ganz besonders der Nervenpathologie wird es nothwendig sein, bald zur Physiologie seine Zuflucht zu nehmen um pathologische Erscheinungen zu erklären, bald zur Pathologie um Licht über die physiologischen Verhältnisse zu werfen.

Indessen steht nicht zu erwarten, dass diese beiden Factoren allein völlig hinlänglich sein sollten um diese sehr schwierige Frage zu lösen, theils weil das betreffende Organ, das Gehirn der directen Beobachtung so schwer zugänglich ist, theils weil wir uns hier auf einen verhältnissmässig wenig bebauten Boden begeben.

Ein solcher erster Versuch wird folglich auch immer auf Hypothesen verwiesen sein, deren Berechtigung doch nur darin zu suchen ist, dass sie gleichzeitig ihren Zweck erfüllend, in keiner Beziehung gegen bestehende physiologische und pathologische Thatsachen streiten und zugleich mit den Erfahrungen der Psychologie harmoniren.

Als aus demselben Protoplasma wie der ganze übrige Körper und dessen Organe differencirt müssen das Gehirn und das Nervensystem im grossen und ganzen denselben physiologischen Gesetzen unterworfen sein als jene; andererseits müssen wir annehmen, dass der Unterschied zwischen den übrigen Organen des Körpers und dem Nervensystem grösser sein muss als der Unterschied zwischen einer Grobschmiedarbeit und dem feinsten Filigran, so dass dasjenige, was einer feinen und sinnreichen Einzelheit in den übrigen Organen des Körpers entspricht, sich im Nervensystem vielleicht noch weiter in den feinsten Details ausgepinselt findet, die durch eine verschiedene Abstimmung unter sich eine Nüancirung ermöglichen, für welche die unendlich wechselnden Erscheinungen des Bewusstseins der seelische Ausdruck sind.

Wirft man einen Blick auf die Arbeiten über die Physiologie der menschlichen Gefühle wird man sehen, dass dieses Studium im Anfange der achtziger Jahre einen starken Aufschwung nahm.

Dies stand in Verbindung mit einer stetig wachsenden Aufmerk-

Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

samkeit und einem steigenden Interesse für die die Gefühle begleitenden körperlichen Veränderungen, theils die respiratorischen (Bell), theils die visceralen, theils die Veränderungen in Muskeln, Drüsen und dem Circulationssystem (Bain, Darwin, Mosso, Féré).

Dieses plötzliche Hervorheben der Bedeutung der körperlichen Veränderungen führte natürlich eine veränderte Anschauung über das Entstehen und die Bedingungen der Gefühle und Affecte herbei, und diese veränderte Anschauung fand ihren ersten Ausdruck in W. James's Abhandlung: „What is an emotion?" (Mind 1884), deren Meinung in Kürze die ist, dass die verschiedenen Gefühle das Ergebniss der gleichzeitigen körperlichen Erscheinungen ist.

1885 — ganz unabhängig von James — veröffentlichte Carl Lange sein Buch: „Ueber Gemüthsbewegungen. Eine psychologisch-physiologische Studie"[1]), das in vielen Beziehungen ein Ausdruck für dieselbe Betrachtung ist, wie die Abhandlung von James.

Lange fängt damit an, eine scharfe Grenze zwischen Gefühlen und Gemüthsbewegungen zu ziehen und beschränkt seinen Stoff auf die Umfassung der letzteren.

Nach einer eingehenden — sozusagen klassischen — Analysis der gewisse Gemüthsbewegungen begleitenden körperlichen Veränderungen, die überhaupt ohne Benutzung besonderer Instrumente der Beobachtung zugänglich sind, führt Lange natürlich und zwanglos alle diese Erscheinungen auf einen gemeinschaftlichen Ursprung zurück, nämlich eine vasomotorische Thätigkeit. „Nach Allem, was in physiologischer Beziehung vorliegt, kann der Annahme nichts entgegenstehen, dass die unmittelbare körperliche Aeusserung der Gemüthsbewegung eine Veränderung in der Function des vasomotorischen Apparats ist, verschieden für jeden verschiedenen Affect, und dass die übrigen körperlichen Erscheinungen, welche die Gemüthsbewegungen begleiten, diesen vasomotorischen Störungen entspringen, diesen Veränderungen in dem Blutgehalt der verschiedenen Körpertheile und Organe und die dadurch verursachten Veränderungen in deren Aussehen (Haut) oder Functionen (Nervensystem, Aussonderungsorgane)"[2]).

Die gewöhnliche Auffassung und gewiss auch die wissenschaftliche Psychologie — fährt Lange fort — ist bisher von der Betrachtung der Gemüthsbewegungen als seelischen Entitäten ausgegangen, welche die begleitenden körperlichen Erscheinungen hervorrufen; sie geben aber keine Auskunft darüber, wie dies möglich ist.

1) Deutsch von Kurella. Leipzig. 1887.
2) C. Lange, Ueber Gemüthsbewegungen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Will man wirkliche Klarheit suchen, muss man sich an 1. eine Ursache — einen Sinnesreiz, der in der Regel durch eine Ideenassociation wirkt — und 2. eine Wirkung: die oben (bei Lange) beschriebenen vasomotorischen und aus diesen weiter fliessenden Veränderungen in den körperlichen und geistigen Functionen — als gegebene, sichere und handgreifliche Factoren halten.

Die Frage ist dann: was liegt zwischen diesen, und liegt überhaupt etwas dazwischen. Die gangbare Annahme ist, dass die Ursache der Gemüthsbewegung einen rein seelischen Zustand hervorruft, die Gemüthsbewegung, die dann wieder die Ursache der körperlichen Veränderungen ist; ist es aber nicht weit natürlicher — fährt Lange fort — das Verhältniss umzukehren und zu sagen, dass die Gemüthsbewegung die Summe der sie begleitenden Empfindungen von Veränderungen in den Organen ist, wodurch man vermeidet, als Zwischenglied zwischen den beiden Factoren einen seelischen Zustand anzunehmen, von dem wir nichts wissen.

Lange zählt darauf Beispiele an Gemüthsbewegungen auf, auf medikamentalem Wege hervorgerufen (Opium, Haschisch, Alkohol, Fliegenschwamm, Ipecacuanha u. s. w.), bei denen wir keinen seelischen Zustand als Zwischenglied annehmen können, die aber daher nicht als weniger echt bezeichnet werden können, und concludirt hieraus, dass „welche auch die Ursachen sein mögen, welche die Gemüthsbewegungen hervorriefen, so begegnen sich ihre Einwirkungen auf das Nervensystem alle in einem Punkt, dem vasomotorischen Centrum, der Gruppe von Nervenzellen, welche die Innervation der Blutgefässe regulirt. Indem diese Zellen in dem verlängerten Mark in Thätigkeit gesetzt werden, vermitteln die Ursachen der Affecte, welcher Natur sie übrigens sein möchten, die physiologischen Erscheinungen, worin die Affecte hauptsächlich bestehen."

Es ist klar, dass eine so revolutionäre Betrachtung, der bisherigen Anschauung so diametral entgegengesetzt, eine lebhafte Reaction erregen musste. Lange's Schrift ist im Lauf der Zeit in mehrere Sprachen übersetzt und hat für seine Anschauung in verschiedenen Ländern Anhänger gewonnen; andererseits hat sie auch eine starke Opposition angeregt.

Lange's Buch ist indess der erste und bis heute einzige Versuch einer wirklich physiologischen Erklärung der Veränderungen in dem menschlichen Gefühlsleben; denn von Allem, was die in den letzten Decennien entstandenen Heerschaaren von „Psychophysiologen" gewirkt haben, hat der grösste Theil nicht das Geringste mit der Physiologie und oft sehr wenig mit der Psychologie zu thun.

Generated on 2019-02-17 16:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Lange hat nicht Recht, wenn er gleich im Anfang seiner Schrift eine scharfe Grenze zwischen den Gemüthsbewegungen und anderen Gefühlszuständen (Leidenschaften, Gefühle, Stimmungen) ziehen will; eine solche scharfe Trennung ist nie gelungen und wird nie gelingen, weil das Ziehen dieser Grenze eine Schätzungssache ist. Der Uebergang zwischen den verschiedenen Gefühlszuständen ist fliessend, und der Unterschied zwischen ihnen ist — abgesehen von dem Unterschied in ihrem intellectuellen Inhalt — ein Unterschied an Stärke, Plötzlichkeit und Dauer ihrer einzelnen Glieder; man wird durch Analyse in allen diesen Gefühlszuständen genau dieselben psychischen Elemente wiederfinden.

In der That ist es auch nicht möglich zu sehen, welchen Vortheil eine solche Rubricirung bieten sollte.

Abgesehen von diesem mehr formellen Fehler hat Lange's Theorie indess einen wesentlichen Mangel, der seine natürliche Erklärung in dem Umstand findet, dass Lange kein Psychiater war — kein wissenschaftlicher und praktischer Psychologe — wenn auch in vielen Beziehungen ein genialer Amateur.

Lange hatte keine Gelegenheit, sich durch vieljähriges, eingehendes Studium mit den pathologischen Uebertreibungen der menschlichen Gefühle, den Stimmungspsychosen vertraut zu machen, über deren Eigenthümlichkeiten gerade in den letzteren Jahren Kraepelin mehr als sonst jemand durch die Aufstellung des „manisch-depressiven Irreseins“ und den Nachweis der manisch-depressiven Mischzustände unsere Augen geöffnet hat.

Wäre das der Fall gewesen, hätte es der Aufmerksamkeit Lange's nicht entgehen können, dass es ausser den Gebieten, deren Veränderungen seiner Meinung nach die Gemüthsbewegungen constituiren, auch noch ein solches giebt, auf dem unter Gemüthsbewegungen starke Aenderungen stattfinden, nämlich das elementäre Gefühl (abstracte Lust und Unlust).

Dass Lange dies nicht gesehen hat, ist um so auffälliger, als das emotionelle Moment sich gerade in der Gemüthsbewegung so stark in den Vordergrund drängt und bisweilen das ganze Bild beherrscht.

Es lässt sich schwerlich ein exacter Beweis dafür führen, dass Lust und Unlust elementare seelische Erscheinungen sind. Viele Psychologen huldigen dieser Anschauung; was aber für uns das Entscheidende ist: Das Studium der Stimmungspsychosen macht eine solche Annahme ganz unvermeidbar. Weshalb wir dies in dem Folgenden als eine vermeintliche unbeweisbare Basis, von der wir nothwendigerweise ausgehen müssen, betrachten.

Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Wenn man hiergegen einwenden wollte, dass Lange das emotionelle Moment in der Gemüthsbewegung keineswegs ignorirt hat, sondern dass er eben dieses als Resultat der Summen der verschiedenen Organempfindungen erklärt, müssen wir hierauf antworten: das ist möglich, allein in diesem Falle zeigt das Studium der Mischformen der manio-depressiven Psychose hinlänglich, dass Lange Unrecht hat.

Zug für Zug finden wir klinisch in der manio-depressiven Psychose die physiologischen Stimmungen wieder, nur mit schärferen Linien gezeichnet, die fast karrikaturmässig die den Stimmungen charakteristischen Veränderungen auf den verschiedenen Gebieten hervorheben. Eben diese karrikirende Uebertreibung in den Psychosen binden die Aufmerksamkeit an Verhältnisse, die in den Stimmungen weniger ausgesprochen sind, und deshalb leicht dem Beobachter entgehen.

Bei dem Studium der manio-depressiven Psychose, namentlich deren Mischzustände, fanden wir als das auffallendste die vollständige gegenseitige Unabhängkeit zwischen der Stärke der Veränderungen auf den drei Hauptgebieten der Triade: das Gemeingefühl, die Motilität und das Vorstellungsleben. Wir sahen, dass eine deprimirte Stimmung sich mit starker Agitation und mehr oder weniger ausgesprochener Gedankenflüchtigkeit, die unter anderen Verhältnissen die gehobene Stimmung zu begleiten pflegt, zusammen finden kann; wir sahen leicht exaltirte Stimmung mit stark gehemmter Motilität und bisweilen mit gehemmtem Vorstellungslauf, aber bisweilen mit der lebhaftesten Gedankenflüchtigkeit; überhaupt giebt es schwerlich irgend welche denkbare Variation in der Combination der Veränderungen auf diesen drei Gebieten, die man nicht innerhalb der manio-depressiven Psychose treffen kann, und zwar nicht nur bei den verschiedenen Individuen, sondern oft bei demselben Individuum unter den verschiedenen Phasen der Krankheit.

Diese Thatsachen sind ganz unvereinbar mit dem Gedanken an die eine dieser Veränderungen (des Gefühls) als das Ergebniss der anderen; man müsste in diesem Falle eine gewisse Gesetzmässigkeit in ihren gegenseitigen Verhältnissen nachweisen können, jedenfalls in Betreff jedes einzelnen Individuums, so dass ein gewisser Grad an Veränderung auf dem einen Gebiet einem bestimmten Grade auf dem anderen entspräche.

Man wird vielmehr durch das Studium der manio-depressiven Mischformen gezwungen, die Veränderungen auf den Gebieten der Triade: Gefühlsleben, Denkthätigkeit und Motilität als verschieden graduirte, wechselseitig ganz unabhängige Wirkungen derselben centralen Ursache zu betrachten.

Sind einem über dies Verhältniss der Psychosen erst die Augen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aufgegangen, wird man es auch leicht in den weniger outrirten Linien der normalen Stimmungen spüren können.

Von dem Licht, das die Stimmungspsychosen über die physiologischen Stimmungen wirft, wird man unwillkürlich darauf geführt, zu prüfen, ob man nicht auch auf natürliche Weise und ohne Zwang die Veränderungen des Gefühlselements auf dieselbe Quelle, wie Lange mit Glück die motorischen und intellectuellen, zurückführen kann.

In der That ist es schwerlich Lange darum zu thun gewesen, den elementären Ursprung des Gefühls zu verläugnen; was er gewollt hat, ist sicher nur die Annahme eines „Bewusstheitszustandes" als Zwischenglied zwischen den beiden Factoren: der Ursache der Gemüthsbewegung und den sie begleitenden körperlichen Veränderungen zu vermeiden, ein Zwischenglied, dessen Entstehen aus einem Eindruck eben so unverständlich ist als seine Wirkung auf die verschiedenen Organe. Und ich glaube deshalb, dass man im Sinne Lange's handelt, wenn wir, indem wir aus dem Studium der manio-depressiven Psychosen gezwungen sind, das Gefühl als ein seelisches Element anzuerkennen, auch dessen Veränderungen auf dieselbe Quelle zurückzuführen suchen, wie die Veränderungen auf den übrigen Gebieten, nämlich auf eine vasomotorische Thätigkeit.

Am einfachsten wird es sein, im Folgenden eine Analyse zweier gegensätzlichen Gefühle oder Gemüthsbewegungen und ihrer entsprechenden pathologischen Vertreter zu unternehmen und sie Glied für Glied zu vergleichen.

Der Uebersichtlichkeit wegen ist es am richtigsten zwei „reine" Gefühle, die Freude und die Trauer, sowie die „classischen" Psychosebilder, die Manie und die Melancholie zu wählen.

Erst wird es nothwendig sein das physiologische Moment, von dem auch Lange in seinem Buche ausgeht, festzustellen, dass unter Lustzuständen eine gesteigerte Blutströmung nach dem Gehirn stattfindet, unter Unlustzuständen eine verminderte Blutströmung, beide von dem Contractionszustand der feinen peripheren Gefässe abhängig.

Wahrscheinlich giebt es Niemand, der sich dieser Feststellung als einer physiologischen Thatsache widersetzen wird. Schon populär spricht man davon, dass das Blut dem Frohen zu Kopf steigt, während dem Traurigen der Muth fällt; ferner ist experimentell bei Individuen mit Kraniendefecten nachgewiesen (Astley Cooper, Mosso, Burkhardt u. A.), dass unter den verschiedensten Gemüthsbewegungen bedeutende Volumveränderungen des Gehirns stattfinden; auch, aber in geringerem Grade, bei intellectueller Arbeit; Burkhardt meint sogar, dass Volumenveränderungen und damit Blutanfüllung innerhalb der einzelnen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gehirnprovinzen eine gewisse Selbstständigkeit haben können und müssen, ganz ähnlich den localisirten reflectorischen Arterienverengerungen in der Oberfläche des Körpers. Ganz analog hiermit finden wir, dass fast alle psychiatrischen Verfasser, die überhaupt eine Vermuthung über die pathogenetische Grundlage der Melancholie und der Manie aussprechen, Blutarmuth und daraus entspringende mangelhafte Ernährung des Gehirns als Basis der Melancholie, aber Hyperämie und die sie begleitende Ueberthätigkeit des Gehirns als Basis der Manie annehmen (Meynert, Krafft-Ebing, Ripping u. A.).

Dass es sich so verhält, kann nicht wundern; vielmehr lässt sich schwerlich denken, dass etwas anderes der Fall sein sollte. Wir wissen alle, dass von den verschiedenen Theilen des Gehirns unter Lustzuständen eine gesteigerte Thätigkeit stattfindet. Ueberall in dem lebenden Organismus, wo wir gesteigerte Thätigkeit finden, finden wir auch gesteigerten Blutandrang; wenn dies nicht auch mit dem Gehirn der Fall wäre, würde dasselbe eine Ausnahme von einem der Hauptgesetze der Physiologie bilden, was wir von vornherein nicht annehmen können. Wir müssen im Gegentheil überall und beständig davon ausgehen, dass das Nervensystem denselben Hauptgesetzen folgt, wie alle andere lebende Organe.

Fangen wir unsere Analyse mit einer genaueren Betrachtung der Motilitätsveränderungen und deren Bedingungen unter den verschiedenen Stimmungen an.

Bewegungen können unter physiologischen Verhältnissen nicht ohne Mitwirkung des Nervensystems stattfinden. Die Veränderungen der Motilität unter den verschiedenen Stimmungen müssen daher als von veränderter Wirksamkeit der motorischen Centren herrührend angenommen werden.

Seit Charcot und Pitres durch ihre 1895 veröffentlichte Casuistik von 173 Fällen die berühmte Entdeckung von Fritsch und Hitzig bestätigt hatten, muss es gewiss als eine physiologische Thatsache betrachtet werden, dass Gyri centrales im Gehirn die motorischen Centren des Körpers enthalten. Durch zahlreiche Untersuchungen ist es ferner gelungen, die einzelnen Centren für jeden Theil des Körpers nachzuweisen (Starr, Keen, Mills, Horsley, Monakow). Demnächst haben diese Forscher die schon früher gemachte Wahrnehmung bestätigt, dass man selbst bei dem möglichst schwachen und begrenzten, so zu sagen punktuellen Irritament immer eine coordinirte eingeübte Bewegung einer Muskelgruppe, nie eines einzelnen Muskels, auslöst, ausgenommen, wo ein solcher häufig allein in Bewegung gesetzt

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wird (Extensor pollicis u. ähnl.); man spricht daher von Gyri centrales als dem psychomotorischen Centrum.

Munk hat das psychomotorische Centrum als Centrum der Bewegungsvorstellungen bezeichnet; eine solche Bezeichnung ist schwerlich glücklich zu nennen. Treffender ist wohl die Benennung englischer Verfasser (Ferrier) des Centrums als „voluntary motor". Jedenfalls müssen wir annehmen, dass der Process, woraus die Vorstellung einer Bewegung (die reproducirte Empfindung der Bewegung, früher von dem Individuum selbst ausgeführt oder die reproducirte Gesichtsempfindung der Bewegung, von einem Anderen ausgeführt) resultirt, an derselben Stelle wie jede andere Gedankenthätigkeit vorgeht, und dass es die Verbindung dieser Vorstellung mit dem entsprechenden „voluntary motor" Centrum in Gyri centrales ist, welche die Bewegung auslöst, indem also dieses Centrum als letzte Station betrachtet werden muss, ehe die Bewegung in Stand kommt.

Mit unserer jetzigen anatomischen Kenntniss der psychomotorischen Centra in der Corticalsubstanz des Gehirns ist es berechtigt sie als ein Organ, physiologisch denselben Hauptgesetzen unterworfen als alle anderen Organe des lebenden Organismus zu betrachten.

Als eines der Hauptgesetze der Physiologie stellt Tigerstedt (Lehrbuch der Physiologie, 1897) auf: „Jedes Elementarorgan reagirt bei jeder Art des Irritaments, das überhaupt einen dissimilatorischen Process auszulösen vermag, immer in einer und derselben, für dasselbe charakteristischen Weise. Welches Irritament auch zur Reizung einer Muskelzelle benutzt wird, immer bringt es eine Contraction hervor; eine Speicheldrüse sondert bei jeder Art Irritation Speichel ab u. s. w."

Auf dieselbe Weise ist es berechtigt, davon auszugehen, dass irgend welches Irritament, das die psychomotorischen Centra trifft, immer eine motorische Innervation erregt.

Von ganz demselben Gesetz geht Verworn in seinem interessanten Aufsatz: „Ermüdung und Erholung" (Berl. klin. Wochenschrift. Febr. 1901) aus, wenn er sagt: „Die allgemeine Wirkung der verschiedenartigen Irritamente besteht zunächst immer in einer quantitativen Veränderung der normalen Lebensäusserungen. Die Irritamente steigern oder vermindern die Intensität der specifischen Lebensäusserungen des Organismus", und „wenn die verschiedenartigen Irritamente primär immer nur Intensitätsveränderungen der specifischen Lebensäusserungen hervorbringen, dann heisst das mit anderen Worten, dass die Wirkung des Irritaments nicht so sehr von der Art des Irritaments abhängig ist, als vielmehr von den specifischen Eigenschaften des lebenden Objects, worauf es wirkt."

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verworn stellt nun als allgemeines Gesetz auf: „Die verschiedenartigen Irritamente bringen, wenn sie auf ein und dieselbe lebende Substanz einwirken, immer nur eine Intensitätsveränderung (Steigerung oder Herabsetzung) der specifischen Lebensprocesse derselben hervor, und umgekehrt: dasselbe Irritament ruft, wenn es auf die verschiedenartigen Formen der lebenden Substanz einwirkt, in jeder derselben eine verschiedenartige Reaction hervor, und dann immer eine Intensitätsveränderung ihrer specifischen Lebensäusserungen."

Ein zweites Gesetz, das wir als überall in dem lebenden Organismus geltend wiederfinden, ist dies, dass überall, wo wir ein Organ fungirend sehen, finden wir, dass die Grösse der Function im grossen Ganzen von zwei Hauptfactoren bestimmt wird, nämlich von der Stärke der Innervation, die das Organ empfängt, und von der Menge Blut, die gleichzeitig dem Organ zugeführt wird. Durch zahlreiche Versuche (Claude Bernard, Ludwig, Heidenhain u. A.) ist nachgewiesen, dass eine Speicheldrüse, wenn sie einen secretorischen Impuls empfängt, eine Erweiterung ihrer Gefässe und einen reichlichen Andrang von Blut erfährt; ganz dasselbe findet in einem in Thätigkeit gesetzten Muskel statt.

Aus den Versuchen Eulenburg's und Landois' wissen mir, dass die motorischen Centren in der Corticalis zugleich vasomotorische Centren für die von ihnen innervirten Muskeln enthalten.

In Betreff des Verhältnisses zwischen den beiden Hauptfactoren: der Innervation und der Blutzuführung ist anzunehmen, dass unter physiologischen Umständen ein gewisses — für das einzelne Individuum unter denselben Bedingungen — einigermaassen constantes Verhältniss zwischen ihnen besteht, und zwar so, dass einer gewissen Innervation eine gewisse Blutzuströmung entspricht.

Uebrigens ist durch experimentelle Untersuchungen (Ludwig, Heidenhain) nachgewiesen, dass diese beiden Factoren sich innerhalb gewisser Grenzen gegenseitig ersetzen oder entbehren können, so dass gesteigerter nervöser Impuls ohne entsprechende Steigerung der Blutzuströmung doch einige Steigerung der Function giebt, so wie eine Steigerung der Blutzuführung ohne entsprechenden gesteigerten nervösen Impuls auch an und für sich gesteigerte Function giebt.

Heidenhain und Rogowicz haben sogar durch gesteigerte Blutzuführung allein „pseudomotorische" Contractionen in Muskeln, deren Nerven bis zur Wurzel exstirpirt waren, hervorgebracht.

In der That ist es auch eine von allen Physiologen aufrecht gehaltene Thatsache, dass gesteigerte Blutzuströmung, d. h. gesteigerte Zufuhr an Material und besonders auch an Sauerstoff, und gleichzeitig

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rasches Wegspülen aller schädlichen Abfallproducte, an und für sich ein mächtiger Factor zur Erhöhung und Beschleunigung der Function der Organe, in hervorragendem Grade auch der Thätigkeit der Nervenzellen und der von diesen gebildeten Centren ist.

Interessant ist es, dass wir auch unter physiologischen Verhältnissen Organe finden, in denen die Grösse der Function als ausschliesslich von der Grösse der Blutzuführung abhängig angenommen werden muss, indem es nicht gelungen ist, secretorische Nerven für dieselben nachzuweisen; dies ist der Fall mit der Leber und wahrscheinlich auch mit den Nieren (Bunge).

Ein drittes physiologisches Hauptgesetz betrifft ein Verhältniss, das schwerlich von Physiologen und Pathologen hinlänglich beachtet worden ist, das aber in der That für das Verständniss zahlreicher physiologischer und pathologischer Erscheinungen nothwendig ist, nämlich das Gesetz von dem Tonus aller lebenden Organe.

„Selbst wenn das Protoplasma möglichst weit gegen äussere Einwirkungen geschützt ist, zeigt es wesentlich dieselben Lebensäusserungen die wir aus dessen Funktionen kennen: Stoffaufnahme, Bewegung, Verdauung, Wärmebildung u. s. w.“ (Tigerstedt).

Jeder Muskel — auch in Ruhe — ist in einem gewissen mittleren Contractions-, also Functionszustand: er hat Tonus; dieser beruht auf einer dem Muskel durch seinen Nerv stetig zufliessenden Irritation seitens seines motorischen Centrums und einer dementsprechenden Blutzuströmung. Dass der Muskel sich contrahirt, beruht also in der That nur auf einer mehr oder weniger blitzschnell steigenden Vermehrung seines Tonus, d. h. Vermehrung zugeführten nervösen Irritaments und zugeführten Blutes.

Ganz dasselbe ist mit Drüsen, ja mit allen Organen des lebenden Organismus der Fall.

Die „Psychophysiologen“ der Gegenwart nähren eine gewisse Neigung, ein Organ „in Ruhe“ auf dieselbe Weise zu betrachten wie eine ausser Thätigkeit gesetzte Maschine. Eine solche Betrachtung ist nicht richtig und kann es nicht sein; als aus demselben Protoplasma wie der Muskel differencirt, muss die Drüse und jedes Organ, das ein Ausdruck einer der Grundeigenschaften des Protoplasmas ist, denselben Hauptgesetzen folgen wie das Protoplasma und der Muskel. In jedem lebenden Organ geht selbst unter scheinbarer Ruhe ein gewisser Grad von Function vor, auf einer von dem nervösen (motorischen, secretorischen u. s. w.) Centrum des Organs ausgehenden Irritation und einer entsprechenden Blutzuströmung beruhend und davon bedingt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir müssen daher auch davon ausgehen, dass ein solcher Tonus sich in den verschiedenen Centren des Gehirns findet. **Carl Lange**[1]) ist gewiss der erste, der mit Gewicht die Gegenwart dieses Tonus für die motorischen Centren in der Corticalsubstanz des Gehirns behauptet hat; er nennt diesen Tonus die latente Innervation und behauptet mit Recht, dass ein solcher immer sogar in dem ruhigsten Schlaf zugegen ist, und dass erst beim Eintreten des Todes der Körper die von den Gesetzen der Schwere allein bestimmte Lage einnimmt. Dieser Tonus in den motorischen Centren, diese latente Innervation ist es eben, worauf der Impuls, der die Ursache des Tonus der von dem betreffenden Centrum innervirten Muskeln ist, beruht.

Auch der Tonus des motorischen Centrums beruht wie der aller anderen Organe unter physiologischen Verhältnissen auf einem gewissen Grad von Innervation mit entsprechender Blutzuführung. Die Innervation geht in Betreff des motorischen Centrums, jedenfalls wenn von willkürlichen Bewegungen die Rede ist, von einer Gruppe von Zellen aus, deren Thätigkeit Empfindung, Vorstellung oder Vorstellungsverbindung ist, und deren Tonus wieder in letzter Instanz auf äusseren Eindrücken beruht. In ähnlicher Weise werden alle Toni der Organe des Körpers auf äussere oder periphere Eindrücke auf Haut, Sinnesorgane, Schleimhäute u. s. w. zurückgeführt werden können. Solche peripheren Eindrücke erhält der Organismus immer in grosser Menge, sogar unter den am meisten geschützten Verhältnissen, selbst im tiefsten Schlaf.

Endlich wissen wir, dass wenn ein Organ durch nervösen Impuls zu erhöhter Thätigkeit gereizt wird, so setzt diese Functionserhöhung und die gesteigerte Blutzuströmung, worauf sie zum Theil beruht, sich fort einige Zeit nachdem das Irritament aufgehört hat zu wirken.

Wir gehen nun dazu über, diese Gesetze auf die psychomotorischen Centren überzuführen.

Diese befinden sich also unter der scheinbaren Ruhe in einem Tonus; wenn sie einen Impuls erhalten, erhöht dieser Tonus sich durch Erhöhung der Innervation und Blutzuführung zu einer kräftigeren motorischen Innervation, die in Bewegung resultirt.

Wenn ein Individuum einen freuderregenden Eindruck empfängt, finden wir eine Erhöhung seiner Motilität[2]) so lange die Freude dauert, auch nachdem das freuderregende Irritament selbst aufgehört hat zu

---

1) „Rygmarven's Pathologi". 1871—76. (Die Pathologie des Rückenmarks.)

2) C. Lange, Ueber Gemüthsbewegungen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wirken; es ist daher angemessen, anzunehmen, dass, wenn die unmittelbare Wirkung des freuderregenden Eindrucks eine Bewegung ist — was ja keineswegs immer der Fall ist — so ist dies wohl einem directen nervösen Impuls auf das motorische Centrum zuzuschreiben; wenn wir aber finden, dass alle späteren Bewegungen, die nicht durch den freudeerregenden Eindruck hervorgerufen sind, lebhafter, schneller und intensiver werden, als geschehen wäre, wenn das Individuum den freuderregenden Eindruck nicht erhalten hätte, so muss das auf der von diesem Eindruck auf vasomotorischem Wege hervorgerufenen erhöhten Blutzuströmung beruhen, welche, wie wir wissen, unter Lustzuständen zum Gehirn, also auch zu dem motorischen Centrum, stattfindet, so wie es auch dieser erhöhten Blutzuströmung zugeschrieben werden muss, dass die Bewegungen an Zahl mit solchen bereichert werden, die das Individuum nicht ausgeführt haben würde, wenn es nicht in froher Stimmung gewesen wäre, indem ein Theil des Tonus des Centrums durch die grössere Blutzuströmung von latenter auf apparente motorische Innervation erhöht wird. Diese Bewegungen werden zum Theil den Charakter überflüssiger, spontaner Bewegungen haben.

Gehen wir nun zur Betrachtung eines manischen Patienten über, sehen wir, dass sich unter der Manie eine excessive Erhöhung der — für die Freude physiologischen — motorischen Erscheinungen findet, oder von einem oft ganz inadäquaten Eindruck hervorgebracht wird. Diese Erhöhung muss dann natürlich darauf beruhen, dass den psychomotorischen Centren eine abnorm hohe und langwierige Erhöhung der Blutzuströmung auf vasomotorischem Wege zugeführt ist oder durch den Eindruck zugeführt wird. Eine solche abnorme Erhöhung der Blutzuführung kann nur auf eine pathologische Reaction des vasomotorischen Nervensystems der psychomotorischen Centren zurückgeführt werden.

In ganz entsprechender Weise müssen wir annehmen, dass bei einem Individuum, das einen trauererregenden Eindruck empfängt, eine Verminderung der Blutzuführung zu den motorischen Centren hervorgebracht wird, welche Verminderung die Ursache dazu ist, dass die darauf folgenden Bewegungen schwächer, langsamer und an Zahl geringer werden als bei dem Individuum im Gleichgewicht, und dass diese Verminderung, die unter der Melancholie pathologische Grade erreicht und sich in der stupiden Melancholie als vollständige, motorische Hemmung äussern kann, auf einer Contraction der feinen Gefässe des Centrums beruht und unter der Melancholie also auf einer abnorm starken Reaction des vasomotorischen Nervensystems des Centrums.

Wir gehen danach auf das nächste Hauptgebiet über, worauf wir unter den verschiedenen Gefühlen und Affecten, sowie deren pathologi-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schen Uebertreibungen Veränderungen finden, nämlich das Vorstellungsleben.

Wie alle psychische Thätigkeit muss Vorstellungsverbindung einer Function von Gehirnzellen, und zwar von Gehirnzellen, die nur diese und keine andere Function haben, entsprechen.

Wir beginnen mit einem Versuch, diese Thätigkeit zu localisiren; ob dieses gelingt oder nicht, ist an und für sich ohne Bedeutung für den Leitgedanken unserer Analyse; da wir aber mit Sicherheit den Platz der psycho-motorischen Centren kennen, wird es natürlich auch sein Interesse haben, die Stelle nachzuweisen, die mit Wahrscheinlichkeit als das Centrum der Vorstellungsverbindungen, der Sitz der Intelligenz, betrachtet werden kann.

Lange Zeit hindurch ist man geneigt gewesen, das Denken in dem Frontaltheil des Gehirns zu localisiren, und man hat seine Berechtigung hierzu in folgenden Verhältnissen gesucht: Die bedeutende Entwickelung des Frontalgehirns beim Menschen, besonders bei geistig hochstehenden Rassen, und innerhalb dieser wieder bei den intelligentesten Individuen; die späte Entwickelung der markhaltigen Nervenfasern in den Leitungsbahnen dieser Region (Gall, Flechsig); die bedeutende Destruction des Frontalgehirns eben in solchen Krankheiten, die durch tiefe Demenz (generelle Parese) charakterisirt sind; ferner stützen diese Anschauung Versuche an Thieren und die Fälle bei Menschen, wo man das Frontalgehirn allein durch Tumoren, Läsionen und Schrumpfungsprocesse geschädigt gefunden hat.

Bis daher gewichtigere Gründe aufgestellt werden, das Denken an einer anderen Stelle des Gehirns zu localisiren, wird man das Centrum der Vorstellungsverbindungen, den Sitz der Intelligenz in dem Frontalgehirn oder besser in den präfrontalen Windungen suchen, indem wir wissen, dass der dritte Frontalgyrus zum Theil von dem Sprachcentrum eingenommen ist. Interessant und bezeichnend ist es, dass eben das Sprachcentrum den Uebergang zwischen den psychomotorischen Centren und dem supponirten Centrum der Vorstellungsverbindung bildet; schon bei Besprechung der manio-depressiven Mischformen sahen wir, dass die Sprachbewegungen eine Art Sonderstellung einnahmen und in der Veränderung ihrer Thätigkeit bald den anderen motorischen Thätigkeiten, bald der Denkthätigkeit folgten. Die Sprachfunction hat ja eben zwei Seiten, die jede für sich ihrer eigenen von den beiden genannten Thätigkeiten entsprechen.

Auch das Denkcentrum — wie wir es der Kürze halber nennen wollen — hat Tonus; nur wenig Verfasser haben diesem Umstand Ge-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wicht beigelegt, und doch ist derselbe für das Verständniss zahlreicher physiologischer und pathologischer Verhältnisse ganz nothwendig.

Griesinger[1]) ist gewiss der Erste, der mit Nachdruck die Existenz des „psychischen Tonus" behauptet hat. Die meisten modernen Psychophysiologen scheinen — so viel mir bekannt — diesen Tonus zu ignoriren. Sie betrachten das Denkcentrum, ja das ganze Gehirn als eine Maschine, die — in Ruhe — gestoppt ist, und worin dann nichts vorgeht, und die psychischen Processe als eine Art kleiner Explosionen, die eine kurze Zeit diese Unthätigkeit unterbrechen; während das Verhältniss in Betreff des Gehirns wie aller lebenden Organe doch nur dies ist und sein kann: unter der scheinbaren Ruhe geht in dem Organismus ein niedriger oder mittlerer Grad von genau denselben Lebensäusserungen wie in den fungirenden Organen vor; durch den Reiz wird nur ein oft blitzschnelles, aber doch successives Steigen genau derselben Processe hervorgebracht, die in den „ruhenden" Organen vorgehen.

Es ist dann natürlich anzunehmen, dass die Innervation und Blutzuströmung, die den Tonus des Denkcentrums ausmachen, etwas niedriger sind, als die Innervation und Blutzuströmung, die nothwendig sind, um einen Gedanken an oder über die Schwelle des Bewusstseins zu heben. Der Tonus des Denkcentrums entspricht also dem unbewussten Seelenleben, dem grossen Gebiet, dessen Processe ganz dieselben sind und nach denselben Gesetzen vorgehen, wie das bewusste Seelenleben — dieses interessante Gebiet, dessen Bedeutung für die ganze Reflexlehre gewiss nie (ausgenommen vielleicht von Griesinger) hinlänglich geschätzt worden ist.

Unter Trauer und Freude sind die Verhältnisse in dem Gedankencentrum genau dieselben wie in den psychomotorischen Centren. Unter der Freude begegnen uns — auch nachdem das freuderregende Irritament aufgehört hat zu wirken — ein ungewöhnlicher Gedankenreichthum und Phantasieflug, und als Bedingung hierfür eine reiche Blutzuströmung. Wir müssen nun annehmen, dass der freuderregende Eindruck auf vasomotorischem Weg dem Gedankencentrum eine vermehrte Blutversorgung zuführt, die also die Bedingung ist, dass die darauf folgenden Vorgänge im Gedankencentrum schneller, leichter, intensiver und mit reicherer Variation verlaufen, als geschehen wäre, wenn das Individuum keinen erfreulichen Eindruck erhalten hätte; letzteres, weil eine Gruppe Gedanken von dem reichlich zuströmenden Blut aus

1) Die Pathologie und Therapie d. psych. Krankheiten und Gesammelte Abhandl. 1. 1872. „Ueber psych. Reflexactionen".

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Tonus oder der latenten Innervation des Unbewussten zu apparenter Innervation oder Bewusstsein emporgehoben wird.

Und wir müssen annehmen, dass die Gedankenflüchtigkeit der Manie auf einer unnatürlich starken und langwierigen Blutzuströmung zum Gedankencentrum, die wiederum auf eine abnorme Reaction des vasomotorischen Nervensystems zurückzuführen ist, beruht.

Ganz entgegengesetzt wird das Verhältniss natürlich in der Trauer und deren pathologische Uebertreibung, der Melancholie, wo man Gedankenarmuth und -trägheit, an vollständiges Aufhören alles Gedankenlebens grenzend, begegnet, welche Erscheinungen auf der mehr oder weniger intensiven und langwierigen Blutarmuth des Gedankencentrums beruhen müssen.

Wir sind nun auf dem dritten Hauptgebiet angelangt, wo uns Veränderungen unter den verschiedenen Stimmungen, Affecten und Stimmungspsychosen begegnen, nämlich dem Gefühl, das, wie die übrigen psychischen Erscheinungen einer Function von Gehirnzellen entsprechen muss.

Der Gegensatz innerhalb des Gefühls wird laut allgemeinem psychologischem Sprachgebrauch als Lust und Unlust bezeichnet; von der höchsten Lust bis zur tiefsten Unlust führt eine ununterbrochen fortlaufende Reihe von Zuständen, deren gegenseitiger Unterschied ein Gradunterschied ist[1]).

Als verschiedene Grade derselben psychischen Erscheinung müssen Lust und Unlust der Function desselben Gehirntheils entsprechen, und da jedes Irritament, welches dasselbe Organ trifft, nur im Stande ist, einen Intensitätsunterschied in der Function des Organs hervorzurufen, müssen Lust und Unlust einer höheren und niedrigeren Function desselben Organs entsprechen.

Wir sehen dann, dass die Verhältnisse denjenigen des psychomotorischen Centrums z. B. ganz analog werden. Hier entsprach erhöhte Function einer erhöhten Motilität, herabgesetzte Function einer motorischen Hemmung, in derselben Weise wird erhöhte Function des Gefühlscentrums einer erhöhten Lust entsprechen, herabgesetzte Function einer Unlust, während die mittlere Function oder der Tonus des Organs einem gewissen mittleren Gefühl entspricht.

Hier erhebt sich nun die Frage, die mir keine Frage zu sein scheint, die es aber doch sein muss, da sie auf verschiedene Weise beantwortet ist.

---

1) Höffding, Psychologie.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es ist die Frage, ob die Thätigkeit, deren psychisches Resultat das „Gefühl" ist, eine Function besonderer Zellen ist oder eine solche von Zellen, die im Voraus eine andere Function haben, z. B. Gedankenthätigkeit. Letzterer Anschauung huldigen natürlich vorzugsweise die Psychologen, die — ungewiss mit welchem Recht — „den Gefühlston" als eine Eigenschaft der Vorstellungen wie deren Intensität und Qualität betrachten.

Erstaunlicher ist es, eine solche Meinung bei Alfr. Lehmann zu finden, indem er gleichzeitig mit grosser Bestimmtheit die Stellung des Gefühls als elementare psychische Erscheinung, mit Empfindung und Vorstellung gleichgestellt, festhält.

Da dieser Verfasser in vielen Beziehungen ein typischer Vertreter der modernen „Psychophysiologen" und deren mechanischen Lebensauffassung ist, wollen wir hier ein wenig bei seiner Betrachtungsweise über dieses Verhältniss verweilen.

In einer Abhandlung: „Die Hauptgesetze des menschlichen Gefühlslebens" 1892, im letzten Capitel des allgemeinen Theils: „Hypothese über die Natur des Gefühls" stellt Lehmann bezüglich der Frage von dem Ursprung des Gefühls folgende zweifache Möglichkeit auf: „Die emotionellen Elemente, die Gefühlstöne, entstehen entweder durch die Bewegung im Centralorgane, von der die intellectuellen Zustände, die Empfindungen und Vorstellungen herrühren, oder aber von einem mit dieser gleichzeitigen psychophysischen Vorgang", was später deutlicher so ausgedrückt ist: „Die Gefühlstöne können entweder von dem Vorgang selbst, woran die Vorstellungen geknüpft sind, oder aber von einem damit gleichzeitigen herrühren."

Physiologisch übersetzt will dieser Satz sagen: „Das Gefühl" kann entweder eine Nebenfunction der Gehirnzellen sein, deren Hauptfunction eine Empfindungs- oder Vorstellungsthätigkeit ist, oder auch eine selbstständige aber gleichzeitige Function eigener Gehirnzellen".

Nach verschiedenen Erwägungen kommt Lehmann zu dem Resultat, dass „das Gefühl" keine Thätigkeit eigener Zellen ist, sondern dass „Lust und Unlust in allen Fällen als die psychischen Resultate des Verhältnisses zwischen dem Energieverbrauch, der in dem gegebenen Augenblick von dem arbeitenden System gefordert wird, und der Energiezuführung bei der Ernährungsthätigkeit anzunehmen sind", was physiologisch sagen will: „Das Gefühl" ist (nach Lehmann) ein Ausdruck für das Verhältniss zwischen Verbrauch und Zuführung von Stoff nach den Zellen, deren Thätigkeit Empfindungs- und Vorstellungsthätigkeit ist.

Wie er sich dies näher denkt, erklärt Lehmann, indem er als

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„eine in hohem Grade wahrscheinliche Hypothese" aufstellt: „Lust ist die psychische Folge des Umstandes, dass ein Organ unter seiner Arbeit keine grössere Energiemenge verbraucht, als die Ernährungsthätigkeit ersetzen kann; Unlust dagegen ist die psychische Folge eines jeden Missverhältnisses zwischen Verbrauch und Ernährung, indem sie entsteht, sowohl wenn der Verbrauch an Energie die Zuführung, als wenn die Zuführung wegen der Unthätigkeit des Organs das Maximum, das aufgenommen werden kann, überschreitet."

Wenn wir nun mit Lehmann die Lust als einen Ausdruck für das Gleichgewicht zwischen Verbrauch und Zuführung in Zellen, deren Function Empfindungs- und Vorstellungsthätigkeit ist, annähmen, würden wir nie höhere und niedrigere Lust kennen; denn Gleichgewicht kann nicht höher und niedriger sein, alle Lust müsste dann gleich gross sein. Das streitet aber ganz gegen alle Erfahrung. Lehmann hat nun gesucht, diese Schwierigkeit durch die Annahme zu umgehen, dass die dem Gleichgewicht entsprechende Lust mit der Grösse der Function der „gleichgewichtigen" Zellen ab- und zunähme.

Dieser Ausweg befriedigt jedoch nicht. Wenn Lust einem Gleichgewicht entspricht, dann soll und muss sie auch mit dem Gleichgewicht ab- und zunehmen, was unmöglich ist, und kann nicht mit etwas ganz Anderem ab- und zunehmen, nämlich der gleichgewichtigen Zellarbeit, deren Hauptresultat eine ganz andere Thätigkeit ist. Eine Erscheinung kann nicht das eine sein und mit etwas Anderem ab- und zunehmen, während es selbst (das Gleichgewicht) unverändert bleibt.

Wenn man Lehmann's Erklärung auf Jedermanns tägliche Erfahrung anwendet, wird dieselbe sich auch bald als unhaltbar erweisen.

Dass steigende intellectuelle Arbeit von steigender Lust begleitet sein kann, ist sicher; dass es indessen keineswegs immer der Fall ist, steht ebenso fest. Jeder kennt aus dem täglichen Leben Fälle, in welchen steigende intellectuelle Arbeit durchaus nicht von steigender Lust begleitet ist, ja sogar häufig Fälle von steigender intellectueller Arbeit, von abnehmender Lust (Unlust) begleitet, ohne dass ein Grund ist, anzunehmen, dass diese Arbeit die Kräfte des betreffenden Individuums übersteige. Andererseits kennt jeder ebenso sicher Fälle, in denen abnehmende intellectuelle Arbeit bis zu vollständiger geistiger Ruhe von stets steigender Lust, die nicht selten in der vollkommenen geistigen Ruhe culminiren kann, begleitet ist.

Wir sehen hieraus, dass Lust factisch nicht mit der steigenden und fallenden intellectuellen Arbeit steigt und fällt.

Prüfen wir einfach Lehmann's Erklärung von dem physiologischen Ursprung der Lust an dem wirklichen Leben, finden wir also, dass

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lust nicht dem Gleichgewicht zwischen Verbrauch und Stoffzuführung nach Zellen, die eine andere Function haben, entsprechen kann, so wenig wie sie mit der Grösse der Arbeit dieser compensirten Zellen ab- und zunehmen kann.

Obgleich es hiernach vielleicht überflüssig wäre, Lehmann's Erklärung von dem physiologischen Ursprung der Unlust zu prüfen, wollen wir es doch der Vollständigkeit wegen thun.

„Unlust" — sagt Lehmann — „ist die psychische Folge jedes Missverhältnisses zwischen Verbrauch und Ernährung, indem sie entsteht, sowohl wenn der Verbrauch an Energie die Zuführung überschreitet, als wenn die Zuführung wegen Unthätigkeit des Organs das Maximum, das überhaupt aufgenommen werden kann, überschreitet".

Man stutzt unwillkürlich, wenn man die Unlust als einen Ausdruck zwei weit verschiedener physiologischer Vorgänge erklärt sieht. Wenn Lehmann recht hätte, sollte man erwarten, zweierlei Arten Unlust spüren zu können, die eine einem grösseren Verbrauch als Zuführung, die andere einer grösseren Zuführung als Verbrauch entsprechend; die beiden Arten Unlust sollten obendrein so verschieden, ja eigentlich sich so diametral entgegengesetzt sein, dass man, um von der einen zu der anderen zu gelangen, durch Lust (Gleichgewicht) gehen müsste. In der That kennen wir solche zweierlei Arten Unlust nicht.

Ferner, wenn Unlust einem Ungleichgewicht zwischen Verbrauch und Zuführung der Zellen entsprechen sollte, würde das uns Menschen sicher sehr angenehm sein, indem wir annehmen müssen, dass als Regel Gleichgewicht da ist, oder, wenn dieses eine kurze Zeit gestört ist, dass es dann schnell wieder hergestellt wird. Uebrigens würde Unlust, jedenfalls diejenige, die auf einem grösseren Verbrauch als Zuführung beruhen und vermeintlich die häufigste sein sollte, nicht recht lange dauern können — eben nur so lange, bis der Ueberschuss an Stoff der Zellen verbraucht wäre; von dem Augenblick an kann der Verbrauch die Zuführung nicht übersteigen; — wo Nichts ist, hat der Kaiser sein Recht verloren![1])

Diese Schwierigkeit hat Lehmann durch die Annahme vermeiden wollen, dass es, wenn der Ueberschuss der Zelle verbraucht wäre, auf

1) In Betreff der anderen Art von Unlust, die darauf beruhen sollte, dass die Zuführung „das Maximum, das überhaupt aufgenommen werden kann", überschreitet, ist es nicht leicht zu sehen, wie Lehmann sich das gedacht hat, dass die Zuführung, die nicht aufgenommen werden kann, die Gehirnzellen geniren sollte; was sie nicht aufnehmen können, müssen sie vermeintlich nothgezwungen durch den Kreislauf weitergehen lassen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Zelle selbst losginge. Man weigert sich jedoch zu glauben, dass Lehmann im Ernst meinen sollte, dass bei jedem länger dauernden Unlustzustand Gehirnzellen destruirt würden.

Nun hat allerdings Lehmann auch diese seine mechanische Gefühlstheorie desavouirt[1]) und verweist an deren Statt auf die von ihm in „Die physischen Aequivalente der Bewusstseinserscheinungen" (Leipzig 1901) aufgestellte „dynamische" Gefühlstheorie. Diese hat indessen genau eben so wenig mit der Physiologie zu thun wie die mechanische Theorie von 1892, der sie übrigens in hohem Grade ähnlich sieht. Sie wird von denselben oben gegen die mechanische erhobenen Einwände getroffen und streitet eben so augenscheinlich gegen die tägliche Erfahrung jedes beobachtenden Menschen.

Bei einer Annahme wie die von Lehmann gehuldigte Gefühlstheorie, würde man das Nervensystem ausserhalb der Gesetze der Physiologie stellen; denn nirgend in dem ganzen lebenden Organismus sieht man dasselbe Organ wesensverschiedene elementare Functionen ausführen. So lange man aber das Nervensystem als aus demselben Protoplasma differencirt wie alle anderen Organe des Körpers anerkennt, muss man voraussetzen, dass es denselben Gesetzen gehorcht, wie diese.

Herbert Spencer, der einem Theil der psychologischen Verfasser aller Zeiten den unstreitbaren Vortheil voraus hat, sich das physiologische Wissen seiner Zeit zugeeignet zu haben, sagt in „Principles of psychology": „Jeder, der die Frage ruhig überlegt, kann sich der Ueberzeugung nicht erwehren, dass verschiedene Theile des Gehirns nothwendig – auf eine oder andere Weise — verschiedene Arten von psychischer Function haben müssen. Die Localisation von Function ist das Princip für alle Organisation überhaupt; Unterschied in Function ist überall von Unterschied in Structur begleitet, und es würde merkwürdig sein, wenn die Gehirnhemisphären eine Ausnahme bilden sollten." „Wenn man einräumt, dass die Gehirnhemisphären der Sitz der höheren psychischen Functionen sind, lässt sich ohne gegen alle festgestellten physiologischen Principien zu gehen nicht läugnen, dass diese mehr oder weniger verschiedenen Arten psychischer Thätigkeit von mehr oder weniger verschiedenen Theilen der Gehirnhemisphären vollführt werden müssen. Dies zu bezweifeln ist dasselbe als unwissend zu sein über die festgestellten Wahrheiten der Nervenphysiologie wie auch der ganzen Physiologie. Es ist experimentell nachgewiesen, dass jedes Bund Nervenfasern und jedes Ganglion seine eigene Function hat, und dass jedes einzelne Theilchen eines jeden solchen Nervenbundes und Ganglions seine noch speciellere Function

1) Hospitalstidende. 1905. No. 2.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hat. Sollte es dann möglich sein, dass nur in den grossen Ganglien in den Hemisphären diese Specialisirung nicht stattfinden sollte?"

„Wenn keine Organisation da ist, dann ist das Gehirn eine chaotische Masse von Fasern, ausser Stande eine geordnete Function auszuführen. Ist eine Organisation da, dann muss sie in derselben Theilung der Arbeit bestehen, worin alle Organisation besteht; und es giebt keine Theilung der Arbeit — physiologische oder andere — ausser der, die in einer Concentration von speciellen Arten Function in verschiedenen Theilen besteht."

Vorstellungsthätigkeit und Gefühl als wesensverschiedene, elementare Erscheinungen hinstellen und sie gleichzeitig zu Functionen derselben Zellen machen zu wollen, ist in der That ein physiologischer Selbstwiderspruch.

Hiermit muss es als befriedigend bewiesen angesehen werden, dass das Gefühl keine Function von Zellen sein kann, die im Voraus eine andere Function haben; es steht uns dann als Ausweg nur die Annahme offen, dass das Gefühl einer Function von Zellen, denen wir im Voraus keine andere Function zugetheilt haben, entsprechen muss.

Es erhebt sich nun natürlich die Frage: wo wir das Gefühl localisiren können, welchen Theil des Gehirns wir als das Centrum des Gefühls betrachten sollen.

Wie schon erwähnt ist es für den leitenden Gedanken unserer Analyse ohne Bedeutung, wo wir das Gefühl localisiren, welchen Platz wir dem Centrum des Gefühls anweisen wollen; da wir aber das psychomotorische Centrum kennen und das wahrscheinliche Gedankencentrum nachgewiesen haben, wird es natürlich auch von Interesse sein, die Stelle zu suchen, die möglicherweise als der Platz des Gefühlscentrums zu betrachten ist.

Vorläufig haben wir als Anleitung die oben gewiesene Thatsache, dass wir für das Gefühlscentrum keine Stelle suchen können, die im Voraus von einer anderen Function eingenommen ist; es erübrigt dann ein verhältnissmässig kleines Areal: nämlich das Parietal-, Occipital- und Temporalgehirn, sofern sie nicht von anderen Thätigkeiten eingenommen sind.

Der Grund dazu, dass der Platz des Gefühlscentrums noch unsicherer ist, als der des Gedankencentrums, liegt natürlich theils darin, dass man es nie oder selten gesucht hat, theils darin, dass das Gefühl eine wenn möglich noch weniger handgreifliche psychische Erscheinung ist, als irgend eine andere.

Um überhaupt einen wissenschaftlichen Anhaltspunkt für die Localisation der Gefühlsthätigkeitt zu finden, müssen wir so weit zurückgehen, wie bis auf den Anfang des vorigen Jahrhunderts, auf Gall.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Franz Joseph Gall ist trotz allem gewiss einer der mächtigsten der wissenschaftlichen Geister, welche die letzten Jahrhunderte auf unserem Felde hervorgebracht haben, gewiss aber auch derjenige, der von Mit- und Nachwelt am ungerechtesten behandelt worden ist.

In den allerletzten Jahren ist namentlich in Deutschland, aber auch in England eine Bewegung angeregt um Gall zu rehabilitiren, und sein Andenken kann auch mit Recht ein gerechteres Urtheil fordern als das allgemein über ihn gesprochene.

Gall ist in der That der Gründer der Anatomie und Physiologie des Gehirns. Seine um die Zeit unübertroffenen und bis heute unangefochtenen anatomischen Untersuchungen des Gehirns sind in der That die Grundlage des ganzen heutigen Wissens über dieses Organ, und seine Hauptmaxime[1]), dass die graue Substanz des Gehirns das materielle Correlat der menschlichen Seele ist, und dass sie als ein Complex von Organen zu betrachten ist, jedes Organ mit seiner besonderen Function und im Verhältniss zu dieser entwickelt, steht wohl heute als unbestreitbar.

Wenn indessen Gall's Lehre, in ihren äussersten Konsequenzen ausgeführt, wie Gall es thut, in mancher Weise nicht richtig ist oder sein kann, so liegt das nicht daran, dass seine Prämissen, die Hauptmaxime, von der er ausgeht, falsch sind, sondern daran, dass er sich in seinen letzten Conclusionen auf ein Gebiet voller Schlingen und Fallgruben, die speculative Philosophie, hinauswagt. Hier schlägt es ihm dann auch fehl — und musste es ihm wegen seiner und seiner Mitwelt geringen Kenntniss der Psychologie und namentlich der Psychopathologie fehlschlagen.

Von oft sehr schwach fundirten Raisonnements und Speculationen ausgehend, gelangt Gall dazu, eine ganze Menge fundamentaler Seelenfähigkeiten anzunehmen, die jedoch bei näherer Untersuchung nicht als fundamental anerkannt werden können; und durch die Localisation derselben gelangt er zu der Phrenologie — eine Bezeichnung, die Gall übrigens nie selbst für seine Wissenschaft gebraucht hat.

In der That ist es eben Gall's Maxime, die der ganzen hier entwickelten Betrachtung des Gehirns zu Grunde liegt, wenn wir die Nothwendigkeit behaupten, eine Organisation und Differencirung in dem

---

1) Gall und Spurzheim, „Recherches sur le système nerveux en général et sur le cerveau en particulier". 1809. Gall's Hauptwerke sind übrigens: „Anatomie et physiologie du système nerveaux et du cerveaux en particulier". vol. I—IV mit 100 Planchen 1810—19 und „Sur les fonctions du cerveau et sur celles de chacune de ses parties". I—VI. 1822—25.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gehirn und damit verschiedene Localisation der verschiedenen Functionen anzunehmen.

Erst beim Uebergang zum Psychologischen scheiden wir uns, zum Theil von unseren Erfahrungen aus der Pathologie geleitet, von Gall.

Wir nehmen nämlich in den Hauptzügen drei fundamentale oder elementare, wesensverschiedene Functionen an, nämlich Gedankenthätigkeit — im weitesten Sinne —, Gefühlsthätigkeit und motorische Innervation, und von diesen nehmen wir an, dass wir gewiss nie eine dieser elementaren Thätigkeiten isolirt treffen, sondern das jedes psychische Product Elemente aller drei enthält, wenigstens in der Form eines Tonus, indem doch entweder das eine, das andere oder das dritte dieser Elemente am stärksten in den Vordergrund tritt.

Auf einigen Punkten haben Gall's Beobachtungen rücksichtlich der Localisation doch ihre Bestätigung gefunden. Gall ist der erste, der das von uns Aphasie genannte Krankheitsbild geschildert hat und es mit einer Läsion des unteren, hinteren Theils des Frontalgehirns, des sogenannten Broca'schen Centrums, in Verbindung setzt.

Den grössten Theil von den Gall'schen fundamentalen Seelenfähigkeiten, die etwas mit der Intelligenz zu thun haben, verlegt er in das Frontalgehirn.

Gall benutzte unter seiner Forschung hauptsächlich dieselben Hülfsmittel wie die heutige Wissenschaft, nämlich die comparative Anatomie und die Pathologie. Thierversuche verwarf er als weniger geeignet, wo von Localisation psychischer Functionen die Rede war.

Die Gefühle verlegt Gall in der Hauptsache in das Occipitalgehirn. Er stützt diese Anschauung wesentlich auf comparativ anatomische Untersuchungen. Bei den niedrigeren Thieren, bei denen man überhaupt keine, dem Gefühlsleben entsprechende Andeutung findet, fand er, dass die Occipitalwindungen total fehlten.

Weiter hat Gall Cranienmessungen an Vögeln, von den grössten bis zu den kleinsten, an Säugethieren, von der Maus bis zum Elephanten vorgenommen und constant den Occipitaltheil der Cranien und also die Occipitalwindungen des Gehirns bei den Weibchen entwickelter gefunden als bei den Männchen; die Richtigkeit dieser Messungen ist im Allgemeinen von späteren Untersuchern bestätigt (Walker, Richter, Broca, Cunningham, Havelock Ellis u. A.).

Gall behauptete, dass er, wenn ihm die frisch präparirten Gehirne zweier ausgewachsener Thiere von derselben Art in Wasser vorgelegt würden, ohne ein einziges Mal zu irren, die beiden Geschlechter unterscheiden könne.

Nun ist es eine allgemeine Thatsache, dass das Gefühlsleben als

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ganzes bei den weiblichen Individuen der verschiedenen höheren Thierklassen entwickelter ist, und hiervon wurde Gall ganz natürlich darauf geführt, ein gewisses Verhältniss zwischen dem Occipitalgehirn und dem Gefühlsleben zu vermuthen.

Zerstreute spätere Beobachtungen könnten nach derselben Richtung zeigen.

Hollander hat so aus der Literatur eine Reihe Fälle gesammelt, wo man bei Individuen, die im Leben pathologische Veränderungen ihres Gefühlslebens dargeboten haben, Leiden des Occipitalgehirns gefunden hat.

Landois sagt, dass „isolirte Anämie dieses Gebietes (des Occipitalgehirns) zu melancholischen Zuständen bei dem Menschen in Verhältniss stehen soll".

Wenn man auch nicht sagen kann, dass hierdurch etwas endgültig entschieden ist, müssen wir, da es — mir bekannt — keine anderen wissenschaftlich fundamentirten Versuche giebt, das Centrum des Gefühls nachzuweisen, an die Möglichkeit denken, es in den Occipitaltheil des Gehirns oder besser in einen Theil desselben zu legen.

Wo immer man nun auch das Gefühlscentrum localisiren will, wird es sich zeigen, dass es sich ganz analog mit den beiden früher behandelten Centren verhalten wird.

Das Gefühlscentrum muss Tonus haben, eine gewisse mittlere Function, die der Stimmung oder dem Gemeingefühl des Augenblicks entspricht. Empfängt das Individuum einen freuderregenden Eindruck, wird auch seinem Gefühlscentrum, ähnlich den anderen Theilen seines Gehirns, auf vasomotorischem Wege eine vermehrte Blutmenge zugeführt, und diese wird die Ursache, dass auch nach Aufhören des Eindruckes selbst der Schimmer einer höheren Stimmung über die folgenden psychischen Erscheinungen geworfen wird.

Während der Manie ist die Blutzuströmung so stark und andauernd, dass das Gemeingefühl weit über physiologische Grenzen gehoben bleibt, und die Ursache hierzu muss in der pathologischen Reaction des vasomotorischen Nervensystems liegen.

Wenn ein Individuum dahingegen einen niederschlagenden Eindruck empfängt, wird die Blutzuführung zu seinem Gefühlscentrum und damit seine ganze Stimmung herabgesetzt; und so lange diese Blutarmuth dauert, wirft die entsprechende Stimmung ihren dunklen Schatten über sein ganzes Seelenleben. Unter pathologischen Verhältnissen sinkt das Gemeingefühl zur tiefsten Unlust herab und beruht auf einer excessiven Gefässcontraction und davon herrührenden Herabsetzung der Function

Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

des Gefühscentrums, die wieder auf eine abnorme Reaction des vasomotorischen Nervensystems des Centrums zurückzuführen sind.

Wir haben jetzt auf natürliche Weise und ohne Zwang die Veränderungen der verschiedenen psychischen Thätigkeiten, denen wir unter den verschiedenen Stimmungen, Gefühlen und Gemüthsbewegungen begegnen, auf eine höhere oder geringere Function ihrer respectiven Centren, beruhend auf einer entsprechenden Veränderung in deren Blutzuführung, zurückgeführt und nachgewiesen, dass die Uebertreibung der physiologischen Veränderungen, der wir in der Manie und der Melancholie begegnen, auf eine abnorme Reaction des vasomotorischen Nervensystems dieser Gehirncentren zurückzuführen ist.

Nach der ganzen vorhergehenden Entwickelung betrachten wir also das Gehirn als ein Conglomerat von Organen, „ein aus mehreren zusammengesetztes Organ“ (Meynert), von denen jedes einzelne seine specifische elementare Function, auf dem verschiedenen Bau der Zellen beruhend, hat; die aber andererseits gegenseitig so genau verbunden sind, dass eine Thätigkeit in dem einen Organe die anderen beeinflusst; es geht unter ihnen eine Wechselwirkung vor, aus welcher die Producte des Gehirns als Gedanken, Gefühle und Bewegungsimpulse hervorgehen, von denen jede Art in sich Elemente aller drei Arten — wahrscheinlich nicht nur in Form eines Tonus — in der Art enthält, dass eines der Elemente doch am stärksten in den Vordergrund tritt, das Product charakterisirt und damit den Namen bestimmt, den wir demselben als Gedanke, Gefühl oder Bewegung geben.

Dass jeder Gedanke „gefühlsbetont“ ist, Gefühlselemente enthält, ist längst von allen Psychologen anerkannt; dass jeder Gedanke auch von mehr oder weniger ausgesprochenen Veränderungen der motorischen Innervation begleitet wird, ist kaum besonders anerkannt, muss aber einer aufmerksamen Selbstbeobachtung evident werden.

In derselben Weise enthält auch jedes Gefühl sowohl Gedanken als motorische Innervation, und jede Innervation zu Bewegung ist sowohl mit Gefühl als Gedanken gepaart.

Wir sehen also, dass das Gehirn von dem physiologischen Hauptgesetz, das für alle andere lebende Organe gilt, nicht abweicht, dass das einzelne Organ immer nur eine Intensitätsveränderung (Steigerung oder Herabsetzung) seiner specifischen Function zu leisten vermag; in jedem einzelnen concreten seelischen Zustand werden wir immer nur einen gewissen höheren oder geringeren Grad jeder einzelnen von genau denselben elementaren seelischen Functionen wiederfinden.

Freilich begegnen uns wohl nie bei dem entwickelten Menschen in dem höchst complicirten Organ, dem Gehirn, ganz so einfache und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unzusammengesetzte Zustände oder ganz so elementare und uncomplicirte Vorgänge, wie die in unserer Analyse behandelten; des Ueberblicks wegen habe ich aber mit Vorsatz vermieden, auf Digressionen einzugehen, und solche sind sicher auch nicht nothwendig, da wir uns denken müssen, dass man alle diese complicirteren Vorgänge auf solche in unserer Analyse behandelten einfachen Zustände zurückführen und aus denselben muss herleiten können.

Der Vollständigkeit wegen will ich hier nur hinzufügen, dass die Veränderungen in der Blutfüllung innerer Organe und der Verhältnisse organischer Muskeln, denen wir unter den verschiedenen Stimmungen und Gemüthsbeweguugen begegnen, sich ohne Schwierigkeit — wie auch Lange zeigt — als vasomotorische Erscheinungen oder deren Folgen erklären, die organischen Muskeln betreffend im Rückenmark.

Dasselbe gilt natürlich von den einigermaassen constanten Veränderungen in den Curven des Sphygmogramms und des Pletysmogramms unter den verschiedenen Stimmungen.

Der Umstand, dass alle diese Veränderungen nicht gleichzeitig zu sein scheinen und es auch nicht sind, findet seine ganz natürliche Erklärung in der verschiedenen Länge des Weges, den der Reiz durchlaufen soll; man muss ja schon im Voraus annehmen, dass die durch einen Eindruck hervorgerufenen vasomotorischen Veränderungen im Gehirn eine — allerdings minimale — Zeit vor z. B. den Veränderungen in Arm oder Bein kommen.

Es wird vermeintlich richtig sein, hier in Kürze zusammenzufassen, was wir von dem vasomotorischen Centrum und dessen Nerven, speciell denen des Gehirns wissen.

Das vasomotorische Centrum ist durch Versuche von Ludwig, Owsjannikow und Dittmar bei dem Kaninchen in der Medulla oblongata nachgewiesen; es erstreckt sich ungefähr von dem oberen Ende des vierten Ventrikels bis 4—5 mm oberhalb des Calamus scriptorius; auf jeder Seite befindet sich ein Centrum, ungefähr 3 mm lang und $1^1/_2$ mm breit, und man muss annehmen, dass sie mit Commissurfasern verbunden sind.

Die Reizung dieses Centrums hat eine Contraction der glatten Muskeln aller Gefässe zur Folge, woraus eine Erhöhung des Blutdrucks folgt. Das Centrum ist in hohem Grade empfindlich für die Zusammensetzung des Blutes und die auf diesem Wege zugeführten toxischen Stoffe. Unter ruhigen Verhältnissen befindet es sich in einem mittleren Tonus, der einen mittleren Contractionszustand der Gefässe zur Folge hat.

Bei dem Menschen muss das vasomotorische Centrum natürlich weit bedeutendere Dimensionen haben als bei dem Kaninchen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die peripheren Nerven des Centrums hat man theils anatomisch verfolgen können, theils ist man wegen der ausserordentlichen Feinheit der vasomotorischen Nervenfasern darauf hingewiesen gewesen, ihren Verlauf mittelst physiologischer Versuche zu erforschen. Uebrigens ist man über ihren peripheren Verlauf nicht ganz einig; einige Fasern — und wahrscheinlich der grösste Theil — scheinen durch das sympathische Nervensystem zu gehen, andere dagegen nicht; möglich giebt es auch individuelle Verschiedenheiten in dieser Beziehung. Alle Vasomotoren, die mit dem Spinalnerven ausgehen, verlaufen von dem vasomotorischen Centrum durch den Seitenstrang des Rückenmarks herab (Dittmar). Was speciell die Gefässnerven des Gehirns betrifft, so treten sie wahrscheinlich mit den vier obersten Halsnerven aus dem Rückenmark (Helweg).

Ausser diesem eigentlich vasomotorischen oder vasoconstrictorischen Centrum findet sich ein vasodilatatorisches, das vermeintlich auch in der Medulla oblongata liegt. Von diesem Centrum sagt man gewöhnlich, dass es keinen Tonus hat, was doch nur so zu verstehen ist, dass es einen geringeren und daher vielleicht schwerer nachweislichen hat als das vasoconstrictorische. In Uebereinstimmung mit dem oben Entwickelten ist es ja nicht möglich anzunehmen, dass dies Centrum sich in Betreff des Tonus anders verhalten sollte, als alle anderen nervösen Centren, ja als alle anderen Organe in dem lebenden Organismus. Der Verlauf der peripheren vasodilatatorischen Nervenfasern ist nur wenig bekannt; durch Versuche sind doch vasodilatatorische Fasern in zahlreichen Spinalnerven nachgewisen.

Es war und ist zum Theil noch eine Streitfrage, wie weit das Gehirn überhaupt ein vasomotorisches Nervensystem hat.

Eine grosse Zahl namentlich älterer Verfasser haben dies bestritten, theils unter Einfluss der alten Monroe-Kellie'schen Doctrin von der Unmöglichkeit einer Volumenveränderung des Inhalts des Craniums, theils weil sie bei Versuchen immer ein negatives Resultat erhielten. Der Meinung dieser Verfasser nach sollte denn die Blutmenge des Gehirns von der Blutmenge in den übrigen Körperorganen abhängen, also, wenn diese an Blut reich wären und viel nöthig hätten, wäre das Gehirn blutarm und umgekehrt.

Andere Verfasser (Ackermann, Nothnagel) haben jedoch durch Versuche gefunden, dass durch Reizung des Sympathicus cervicalis eine Verengerung der Gefässe des Gehirns eintritt, und daraus geschlossen, dass dieser vasomotorische Fasern des Gehirns enthielte.

Dazu ist zu sagen, dass bloss ein einziger Versuch mit positivem Resultat viele negative aufwiegt; ja es ist schwer zu sehen, dass über-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haupt auch noch so viele negative Resultate im Stande sein sollten, ein einziges positives abzuschwächen, vorausgesetzt, dass der Versuch correct war.

Wir gehen alle mit Recht davon aus, das Gehirn und das Nervensystem als das wichtigste und höchst entwickelte Organ des Organismus zu betrachten. Es scheint mir daher ein ganz absurder Gedanke, dass dem Gehirn fehlen sollte, was nicht der geringsten Speicheldrüse verweigert ist, und dass obendrein die Blutzuführung des Gehirns davon abhängig sein sollte, was übrig bliebe, wenn alle anderen Organe — weit weniger wichtige — des Körpers sich nach Bedarf versehen hätten.

Wir müssen vielmehr überall und beständig davon ausgehen, dass das Gehirn, so weit entfernt einen in den übrigen Körpertheilen befindlichen Regulationsapparat nicht zu besitzen, weit eher alle solche in höher entwickelter und feiner ausgearbeiteter Gestalt besitzt.

Cavazzani[1]) dessen Arbeiten (1892) und Versuche sicher die wichtigsten auf diesem Gebiete ausgeführten sind, ist denn auch zu dem Resultat gekommen, dass der Sympaticus cervicalis sowohl vasoconstrictorische als vasodilatatorische Nerven für das Gehirn enthält.

Bei späteren Untersuchungen (1897) hat Spina gefunden, dass die Gehirnarterien unter dem Einfluss eines vasoconstrictorischen Centrums in der Medulla ablongata steht.

Anatomisch ist es zahlreichen Verfassern (Obersteiner, Huber u. A.) gelungen, Nervenfasern in den feinen Gefässen der Pia nachzuweisen, und es ist daher kaum wahrscheinlich, dass es nicht mit der Zeit gelingen sollte, solche auch in der Gehirnsubstanz selbst nachzuweisen.

Nach allem Vorliegenden scheint es mir berechtigt, davon auszugehen, dass das Gehirn ein vasomotorisches Nervensystem hat, und dass sein Centrum in der Medulla oblongata, als ein Theil des Centrum vasomotoricum des ganzen Körpers liegt.

Von dem grössten Interesse für die Frage über das Verhältniss zwischen dem vasomotorischen Nervensystem und den Stimmungspsychosen ist die grosse Anzahl Blutdruckmessungen, die in den letzten Jahren vorgenommen sind, namentlich an geisteskranken Personen und speciell an solchen mit Stimmungspsychosen (Craig, Pilcz, Dawson u. A.)

Alle diese Verfasser haben constant einen erhöhten Blutdruck (der Contraction der feinen Gefässe im Körper entsprechend) unter Melancholie und depressiven Phasen circulärer Geisteskrankheiten gefunden, dagegen

1) W. F. Robertson, Pathology of mental diseases. 1900.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verminderten Blutdruck (einer Dilatation der feinen Gefässe des Körpers entsprechend) unter Manie und exaltirten Perioden circulärer Psychose.

Craig[1]) fand weiter, dass der Blutdruck unter der Reconvalescenz nach und nach zum Mittelwerth zurückkehrte, gleichviel ob von Depression oder Exaltation die Rede war, und dass man mitunter die heranziehende Psychose kurz vor ihrem Ausbruch an einer entsprechenden Veränderung im Blutdruck spüren konnte. Interessant ist es, dass Craig auch unter physiologischen Verhältnissen höheren Blutdruck bei Individuen von schwerem und trägem Naturell fand als bei leichten lebhaften Naturen.

Man kann — sagt Craig — sich zwei verschiedene Causalverbindungen zwischen den beiden Momenten: Psychose und Blutdruck denken; entweder die Blutdruckveränderung als Ursache der Geisteskrankheit oder die Geisteskrankheit als Ursache der Blutdruckveränderung, und er kommt nach verschiedenen Raisonnements zu dem Resultat, dass die erste Erklärung grosse Wahrscheinlichkeit für sich hat, während das umgekehrte Verhältniss sich schwer denken lässt. Unter seinen Conclusionen führt er dann auch an, dass der veränderte Blutdruck aller Wahrscheinlichkeit nach bei gewissen disponirten Individuen mit degenerativer Veranlagung die Ursache der Geisteskrankheit sein kann, dass aber auch andererseits nicht jede Geisteskrankheit diese Ursache haben kann.

Dawson, der — wie erwähnt — ganz dieselben Veränderungen im Blutdruck unter den verschiedenen Stimmungspsychosen gefunden hat, kommt in seiner Abhandlung[2]) u. a. zu folgenden Conclusionen:

„Der emotionelle Zustand, durch Gehirnanämie hervorgebracht, vorausgesetzt, dass er nach und nach eintritt, nicht zu tief und von einiger Dauer ist, heisst Depression."

„Die charakteristische Form der allgemeinen Circulation unter mentteller Depression ist hohe arterielle Spannung, die dazu beiträgt den mentellen Zustand zu bewahren — wenn sie nicht dessen Ursache ist."

„Die charakteristische Form der allgemeinen Circulation unter Erregung und wahrscheinlich unter Exaltation ist niedrige, arterielle Spannung, die dazu beiträgt den mentellen Zustand zu erhalten — wenn sie nicht dessen Ursache ist."

Man sieht, dass die Resultate dieser Blutdruckmessungen und die Schlüsse, welche die verschiedenen Verfasser daraus gezogen haben, auffallend übereinstimmen und mit unseren Betrachtungen über

1) Lancet. 1898. I. und British medical journal. 1900. II.
2) Dublin Journal of mental science. Febr. 1900.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stimmungen, Stimmungspsychosen und deren Bedingungen zusammenfallen.

Fragt man nun, was auf das vasomotorische Centrum wirkt und dadurch grössere und kleinere Veränderungen des Blutgehalts der Organe des Körpers und damit in ihren Functionsbedingungen hervorbringt, so ist das eine Frage, die von Verfassern, deren Zahl legio ist, behandelt und von allen gleich beantwortet ist.

Ich will mich hier darauf beschränken sie mit zwei Citaten zu beantworten:

„Alles, was das Sensorium an Irritamenten beeinflusst, ruft vasculäre Bewegung hervor.“ (Meynert.)

„Das ganze Circulationssystem ist eine Art Resonator, den jede Veränderung in unserem Bewusstsein — wie gering sie auch sei — zum Vibriren bringen kann.“ (Sydney Alrutz.)

Es wird hier der Platz sein für einen kurzen Ueberblick über die Blutversorgung und Gefässvertheilung des Gehirns mit besonderem Hinblick auf die Einzelheiten, die in dieser Verbindung Interesse haben.

Das Gehirn empfängt Blut von zwei Arteriengebieten, Carotis und Vertebralis; diese bilden an der Basis des Gehirns das bekannte Sechseck, Circulus Willisii; von jeder der Ecken geht eine Hauptarterie des Gehirns aus.

Jeder dieser Hauptstämme giebt ab: 1. kurze, verhältnissmässig dicke Nebenzweige an die centralen Ganglien, die Ventrikel etc.; 2. lange, sich reich theilende corticale Arterienzweige; jedes dieser Zweiglein bildet ein besonderes Circulationssystem. Das System der Corticalarterien dient zur Versorgung der Rindensubstanz des Gehirns, ausser der Marksubstanz bis zum Anfang der Stabkranzfasern, mit Blut; zwischen diesem und dem System der Centralganglien finden sich — abgesehen vom Capillarnetz — keine Anastomosen; jedes der Systeme ist ganz unabhängig von dem anderen.

Die Corticalarterien können in lange medullare Arterien, die oft unter einem rechten Winkel ausgehen, und direct in die Markschicht eindringen, und die eigentlichen Corticalarterien, die auf dieselbe Weise entspringen, sich aber unmittelbar nach ihrem Eintreten in die Corticalis in äusserst feine Capillarnetze spalten, getheilt werden. Die reichsten und feinsten Capillarnetze finden sich in der mittleren Corticalschicht; etwas weitere Netze finden sich in der oberflächlichen und in der tiefen Corticalschicht (Monakow).

In grossen Zügen versieht die Arteria cerebri anterior die beiden ersten Frontalwindungen des Gehirns mit Blut; die Arteria cerebri media oder Arteria fossae Sylvii versieht die Centralwindungen, die dritte Frontal-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

windung und grossen Theils die Parietal- und Temporalwindungen; die Arteria cerebri posterior versieht den Occipitallappen und die Basis des Temporallappens.

Wenn zukünftige Untersuchungen die Localisation der drei Hauptcentren im Gehirn, den drei Elementen der psychischen Thätigkeit: Denken, motorische Innervation und Gefühl entsprechend, für die wir im Vorstehenden Wahrscheinlichkeit, Gewissheit und Möglichkeit gefunden haben, bestätigen sollten, kann man sich schwer des Gedankens erwehren, dass es kein Zufall sein kann, dass dem Gehirn eben durch drei Paar grosser Hauptarterien sein Blut zugeführt wird, und dass jede dieser eben zu seinem von unseren supponirten Gehirn-Centren führt.

Sollte eine solche Vermuthung sich bestätigen, wird sie gewiss von unabsehbarer Bedeutung für die Physiologie des Gehirns, die Psychologie und nicht am wenigsten für die Psychiatrie werden.

Ich citire in dieser Verbindung eine Stelle bei Landois, dem ein ähnlicher Gedanke vielleicht vorgeschwebt hat: „Arteria fossae Sylvii versorgt die motorischen Corticalgebiete bei den Thieren mit Blut (beim Menschen versorgt die Arteria cerebri ant. den Lobulus paracentralis. — Duret). Die für die Sprachfunction wichtige Region wird constant von einem besonderen Zweig der Art. fossae Sylvii ernährt. — Das Gebiet des Frontalgehirns, dessen Beschädigung laut Ferrier Störung in der Intelligenz herbeiführen soll, wird von der Art. cerebri ant. versorgt. — Die Corticalisgebiete, deren Läsion laut Ferrier Hemianästhesie bedingt, wird von der Art. cerebri post. durchrieselt. Isolirte Anämie dieses Gebietes soll bei dem Menschen mit melancholischen Zuständen in Verbindung stehen."

Wir sehen also, dass die Anatomie gewissermaassen den in dem Vorhergehenden verfolgten Gedankengang unterstützt.

Nimmt man die Phantasie zur Hülfe, denkt man sich, dass man in die Corticalsubstanz eines lebenden, denkenden, fühlenden und handelnden Menschen hineinsehen könnte, würde man dieselbe von einer Wolke von lebenden, blitzenden, zitternden, unaufhörlich farbenwechselnden, spinngewebefeinen Fasern durchwoben sehen, in der That ein würdiges Vehikel der quantitativen Veränderungen in der Thätigkeit des Gehirns, die wir Stimmungen, Gefühle und Gemüthsbewegungen nennen.

Auch der ganze Charakter unserer Gefühle und Stimmungen harmonirt mit einem solchen Ursprung, ihr wellenartiges Entstehen und Verschwinden, ihr schneller Wechsel, und das Gleichgewicht und die geistige Unverletztheit, wozu wir leicht und schnell sogar aus den heftigsten Gemüthsbewegungen zurückkehren.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eben diese auffällige Integrität ist für die Stimmungspsychosen besonders charakteristisch und fällt hier namentlich in die Augen, weil das Bild der Psychose so weit schärfer gezeichnete und übertriebenere Linien hat; andererseits ist es doch verständlich, dass so langwierige Störungen in der Function der Gefässe und damit in der Ernährung der Zellen, die den chronischeren Zuständen zum Grund liegen müssen, namentlich wo die Widerstandskraft des Gehirns z. B. wegen Senilität herabgesetzt ist, nicht unterlassen können, dauernde Spuren zu setzen.

Unter der anatomischen Beschreibung fanden wir eine grosse gegenseitige Unabhängigkeit in der Blutversorgung der einzelnen Gehirntheile; eine Unabhängigkeit, die im Ganzen für die Richtigkeit der physiologischen Basis spricht, die wir im Folgenden den manio-depressiven Mischformen geben wollen.

Wir müssen vermuthen, dass sich unter der klassischen Melancholie als Ursache der herabgesetzten Thätigkeit der drei Hauptcentren eine ebenmässig vertheilte Blutarmuth in der ganzen Corticalis des Gehirns findet. Gehen wir von da zu der Melancholia agitata, müssen wir hier eine herabgesetzte Blutzuströmung zum Gefühlscentrum gleichzeitig mit einer vermehrten Blutzuströmung zu dem motorischen Centrum annehmen, ohne welche die gesteigerte Thätigkeit desselben für längere Zeit unmöglich wäre, sowie eine dem höheren oder geringeren Grade von Gedankenflüchtigkeit entsprechende Blutfülle des Denkcentrums.

Unter der klassischen Manie muss eine allgemeine Hyperämie der ganzen Corticalis, der gesteigerten Thätigkeit aller drei Centren entsprechend, vorhanden sein, während Mania improductiva, passiva und stupida auf den ihrer charakteristischen Veränderungen entsprechenden Verschiedenheiten der Blutvertheilung in den Gehirncentren beruhen müssen.

Wie schon oben berührt, findet man nun bei genauerer Betrachtung physiologische Zustände, die ganz den manio-depressiven Mischformen entsprechen; die ausgeprägteste ist wohl die physiologische Angst. [Allerdings wird über die Begrenzung des Begriffes Angst keine völlige Einigkeit sein, theils von der unsicheren Terminologie des täglichen Lebens herrührend, theils sicher auch aus den individuellen Verschiedenheiten der Menschen herstammend; gewöhnlich aber dürfte Angst die Bezeichnung eines Zustandes sein, charakterisirt durch deprimirte Stimmung, motorische Unruhe und mehr oder weniger ausgesprochene Gedankenflucht, wie wir sehen, ganz das Pendant der Melancholia agitata, nur innerhalb physiologischer Grenzen; hier ist es denn auch angemessen, analoge Blutfüllungsverhältnisse in den verschiedenen Centren der Corticalis, nur innerhalb physiologischer Grenzen rücksichtlich der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stärke als auch der Dauer anzunehmen. Bei genauerer Untersuchung wird man sicher noch viele andere physiologische Analoga der Mischformen, z. B. die stille Freude, finden können.

Als eine eigene Form von Mischzustand ist wohl der Zorn aufzufassen (vergl. Griesinger). Auch hier begegnen uns indes dieselben Schwierigkeiten wie bei der Angst, nicht so sehr, weil man die Bezeichnung Zorn für wesentlich verschiedene Zustände benutzt, was übrigens unzweifelhaft geschieht, als weil der Zorn in vielleicht höherem Grade als manche andere Stimmungen sich bei den verschiedenen Menschen individuell verschieden äussert — und damit physiologisch verschieden bedingt ist — wenn auch der Unterschied oft nur eine Nuance ist.

Wenn ich in dem Abschnitt über die manio-depressive Psychose in Uebereinstimmung mit Lange den Zorn zu der gehobenen Stimmung rechnete, weil sein Charakter expansiv ist, beruht dies zum grossen Theil auf Selbstbeobachtung; indessen kenne ich andere selbstbeobachtende Menschen, die behaupten, dass der Zorn für sie einen ganz überwiegenden Unlustcharakter hat[1]).

Allein diese Meinungsverschiedenheit ist sicher nur ein Ausdruck individueller Verschiedenheiten zorniger Menschen; wir sehen ja in der That im täglichen Leben einige zornige Menschen, hochroth im Gesicht, mit heftigen Bewegungen, kräftige Scheltworte benutzend, die auf keine Unterschätzung eigenen Rechtes, eigener Ueberlegenheit deuten, sondern ein Ausdruck ihrer tiefen Verachtung ihres Objectes sind; von solchen Menschen hat man den Eindruck, dass sie sich in ihrem Zorn gefallen; bei anderen dagegen sieht man den Zorn sich durch Blassheit und Strammheit des Gesichts, erbittertes hartnäckiges Schweigen und Unregsamkeit äussern.

Es scheint mir daher angemessen anzunehmen, dass in jedem Zornaffect ein Unlust- und ein Lustmoment zu finden sind, gegenseitig verschieden abgestimmt bei den verschiedenen Individuen, auf einem gleichzeitig gegenwärtigen partiellen Blutmangel und Blutreichthum in zwei verschiedenen Theilen des Gefühlscentrums beruhend; und wir könnten uns dann möglicherweise denken, dass der Blutreichthum diejenigen Zellen des Gefühlscentrums trifft, die alle den Zornigen

---

1) Wenn ein verständiger Mensch, obgleich der Zorn ihm vielleicht ein überwiegender Lustaffect ist, sich ihm dennoch nicht oft hingiebt, ist der Grund natürlich der, dass er die Erfahrung gemacht hat, dass dieser Lustaffect zufolge seines Charakters leicht zu kostbar werden, leicht unverhältnissmässige Unannehmlichkeiten bringen kann.

Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

selbst und sein Betragen betreffenden Vorstellungen „betonen", während die Blutarmuth diejenigen Gefühlszellen trifft, welche die Vorstellung von dem Object des Zorns und seine den Affect veranlassenden Handlungen „betont".

Durch fortgesetztes Prüfen, worauf wir uns doch hier nicht einlassen können, wird man überhaupt finden, dass die in diesem Abschnitt aufgestellte Hypothese von den physiologischen Bedingungen und dem Ursprung der Gefühle, Stimmungen und Gemüthsbewegungen, welche die Basis meiner Hypothese von der Genese der Stimmungspsychosen und deren Mischformen bildet, sich leicht und geschmeidig um die unendlich vielen Erscheinungen fügt, die das tägliche Leben der Beobachtung und Selbstbeobachtung bietet und mit keinen von uns anerkannten physiologischen oder pathologischen Thatsachen in Streit kommt, sondern dass diese erst in der Beleuchtung von Lange's Theorie unter Beifügung des Correctivs, das unsere Kenntniss der manio-depressiven Psychose und besonders deren Mischformen erheischt, gesehen, verstanden werden können.

VI. Pathologisch-anatomische Grundlage.

Im vorigen Abschnitt haben wir gesehen, dass die Symptome, welche die verschiedenen Formen der manio-depressiven Psychose constituiren, auf eine zu starke und andauernde Blutzuführung oder Blutarmuth in den verschiedenen Centren des Gehirns zurückgeführt werden können.

Diese Zustände in den Gehirncentren müssen wieder auf zu starke und andauernde Zusammenziehung der die Gefässe erweiternden oder verengernden Muskeln beruhen, die wieder von einer abnormen Reaction der Nerven der Gefässmuskeln herrührt.

Solche Gefässspasmen sind von den übrigen Organen des Körpers wohlbekannt. Eulenburg und Landois haben seiner Zeit „die vasomotorischen Neurosen (Angioneurosen)" in einer längeren Reihe Artikel behandelt.

Diese Verfasser sagen, dass Angioneurosen nicht nur in der Haut, sondern auch in allen inneren Organen des Körpers vorkommen können; wir müssen denn annehmen, dass sie auch im Gehirn vorkommen können; und dass eben die manio-depressive Psychose auf Gefässspasmen in den Gehirncentren, von Neurosen der vasomotorischen Nerven und Nervencentren dieser Gehirncentren stammend, beruhen muss.

Charakteristisch für Gefässspasmen rund umher im Körper ist eben ihre Begrenzung auf ganz circumscripte Partien, welche gut mit der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in vasomotorischer Beziehung grossen gegenseitigen Unabhängigkeit der verschiedenen Centren des Gehirns passt, die wir oben gefunden haben.

Gefässspasmen der Haut und der inneren Organe finden sich als Regel bei disponirten, degenerirten Individuen; in Uebereinstimmung hiermit werden auch die periodischen Stimmungspsychosen der Degenerationspsychosen κατ' ἐξοχήν gerechnet.

Aus der ganzen vorhergehenden Ausführung werden wir also darauf hingeführt, die pathologisch-anatomische Grundlage der manio-depressiven Psychose in dem vasomotorischen Nervensystem des Gehirns zu suchen; in dessen Centrum und in dem peripheren Verlauf der Nerven derselben.

Wären wir nun dazu im Stande bei manio-depressiven Patienten mikroskopisch eine pathologische Veränderung in dem vasomotorischen Nervensystem des Gehirns nachzuweisen, würde dies unstreitig den Schlussstein des im Vorhergehenden errichteten Gebäudes bilden — ein Schlussstein, der mächtig zu der ganzen Festheit des Gebäudes beitragen würde.

Was in der Literatur an Untersuchungen über das gehirnvasomotorische Nervensystem, speciell bei geisteskranken Personen vorliegt, ist nun nicht viel; doch eben hinreichend dazu — wenn nicht den Schlussstein zu bilden — so doch in hohem Grade für die Wahrscheinlichkeit der Existenz desselben zu sprechen.

Isolirt in dänischer wissenschaftlicher Literatur und in einer Reihe von Jahren in der gesammten neuropathologischen steht eine Arbeit: K. Helweg's Doctor-Dissertation, „Studien über den Verlauf der vasomotorischen Nervenbahnen", 1886[1]).

Der ganzen Natur ihres Gegenstandes nach und als eine auf ihrem Gebiet bahnbrechende Arbeit musste diese Abhandlung natürlich einen theilweise hypothetischen Charakter haben und ist vieler Kritik unterworfen gewesen. Ein Theil der Untersuchungen Helweg's hat indessen durch die Arbeiten späterer Forscher Bestätigung gefunden.

Eben diese Arbeit Helweg's hat ein so grosses Interesse für den vorliegenden Gegenstand, dass wir sie im folgenden in Kürze resumiren müssen, insofern sie für unsere Frage Bedeutung hat.

Indem Helweg in einer Reihe von Jahren das Verhältniss des Rückenmarks bei Geisteskranken untersuchte, hatte er gefunden, dass das Rückenmark bei solchen immer leidend war, mitunter nur in geringem Grade, öfter in sehr bedeutendem Grade.

1) Im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh. Bd. XIX findet sich eine Bearbeitung dieser Abhandlung, den physiologischen Theil betreffend, jedoch recht zusammengedrängt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Er wurde dann auf eine gut begrenzte Bahn von Nervenfasern aufmerksam, von denen er zu der Vermuthung kam, dass sie vasomotorische Fasern sein könnten. Die Bahn lag in dem oberen Theil des Halsmarks, an der Grenze zwischen den Vorder- und Seitensträngen, und zeigte sich auf carmingefärbten Schnitten als ein stark gefärbter Keil mit der Basis in der Peripherie und mit seiner Spitze ungefähr halbwegs gegen das Vorderhorn hinein (die dreikantige Bahn).

Bei genauerer Untersuchung von nicht zu stark gefärbten Schnitten erwies diese anscheinend sklerotische Partie sich als aus einem Reichthum von Fasern von äusserster Feinheit und gleichmässiger Dicke bestehend.

Charakteristisch für diese Fasern — sagt Helweg — ist, dass ihr Mark so leicht die Carminfarbe annimmt, eine Neigung, die sich normal bei den feinen und mittelfeinen Fasern im Sympathicus findet, nach Westphal sich bei feinen neugebildeten Nervenfasern bei Nervenregeneration finden soll und endlich als erworbene Abnormität getroffen wird, wo eine bisher gesunde Nervenfaser unter dem Druck interstitieller Hypertrophie leidet, und sie ist dann ein Zeichen eines Schwächezustandes der Faser.

Aus diesen und anderen Gründen, u. A. dem, dass das interstitielle Bindegewebe und die Gefässversorgung in der dreikantigen Bahn nicht von den gewöhnlichen Verhältnissen abweicht, schliesst Helweg, dass die Eigenthümlichkeiten der dreikantigen Bahn nicht als aus erworbenen pathologischen Processen hervorgegangen betrachtet werden können. Ganz dieselbe Meinung hat Westphal früher über ein Paar von ihm beschriebene Fälle ausgesprochen, gewiss die einzigen in der Literatur vor Helweg's Arbeit besprochenen. Westphal[1]) sagt, dass er sich nicht berechtigt glaubt, diesem Fund pathologische Bedeutung beizulegen, wie sehr auch die äussere Form der betreffenden Zone an Degenerationsprocesse im Rückenmark erinnert, indem er sich auf dieselben Momente wie Helweg stützt. Wie solche Abnormität zu erklären ist, bekennt Westphal sich ausser Stande sagen zu können, er kann nicht einmal entscheiden, ob es überhaupt eine Abnormität ist.

Helweg fand nun als Regel die dreikantige Bahn stark ausgesprochen bei Geisteskranken; in den wenigen Rückenmarken gesunder Individuen, die er untersucht hat, hat er die Bahn nicht ausgesprochen gefunden, und hat sie nie bei den zahlreichen Verfassern, die das Rückenmark bei geistesgesunden Individuen untersucht haben, erwähnt gefunden.

---

1) Archiv für Psychiatrie Bd. VI.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Deshalb nimmt Helweg an, dass „die Faserfeinheit in der dreikantigen Bahn eine Abnormität ist, die sich als Regel bei Geisteskranken, aber als Regel nicht bei Geistesgesunden findet", ferner dass sie eine angeborene Abnormität sein muss und einer Eigenthümlichkeit in der Anlage oder einem Fehler in der Entwickelung zuzuschreiben ist, und dass die Feinheit der Nervenfasern eine Verkümmerungsform ist, ihren Ursprung in einer Wuchshemmung hat.

Helweg citirt hier A. Pick, der in einer Abhandlung „Zur Lehre von der neuropathischen Disposition"[1]) eben das anatomische Substrat der neuropathischen Disposition in einer abnormen Faserfeinheit gewisser Theile des Nervensystems sucht.

Nachdem Helweg dann den Verlauf der Bahn geschildert hat, wie er sich an Schnitten in verschiedenen Höhen des Rückenmarks zeigt, geht er zu einer speciellen Besprechung der von ihm untersuchten 47 Fälle von Rückenmarken Geisteskranker über.

Unter diesen zeigten 72,4 pCt. stark, 23,4 pCt. mittelstark und 4,2 pCt. schwach ausgesprochene Faserfeinheit in der dreikantigen Bahn.

Hieraus meint Helweg den allgemeinen Satz ziehen zu können, dass sich „bei allen Geisteskranken fast ohne Ausnahme eine mangelhafte Entwickelung der Nervenfasern der dreikantigen Bahn findet".

„Fragen wir nun — fährt Helweg fort — „ob es eine Bahn, ein System Nervenfasern giebt, die nach klinischen Erfahrungen zu urtheilen, bei allen Geisteskranken leidend ist, so wird gewiss ein jeder Psychiater antworten, es giebt eins, das vasomotorische System, und nur dieses".

„Und eben so grosse Einigkeit wird sicher darüber sein, dass dies Leiden nicht von inflammatorischen Processen mit Ausgang in Destruction herstammen kann, sondern dass es ein Schwachheitszustand der Fasern ist, der sich functionell in der Regel erst als grosse Labilität und später als Parese zeigt; dass es zwar erworben werden kann, in der Regel aber angeboren ist und sich lange vor dem Erscheinen der Geisteskrankheit — das Individuum als „disponirt" bezeichnend — geäussert hat".

Helweg zeigt auf die Bedeutung, die alle modernen psychiatrischen Verfasser den vasomotorischen Erscheinungen beilegen und citirt folgenden Ausspruch von Schüle: „dass das vasomotorische System ohne Ausnahme in den psychischen Affectionen leidend ist".

Eine andere Nervenbahn im Rückenmark, „die diffuse Formation", deren Bau desjenigen der dreikantigen Bahn ähnlich ist, sieht Helweg

1) Berliner klin. Wochenschr. 1879. No. 10.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aus verschiedenen Gründen dafür an, dass sie vasomotoriche Nerven für den übrigen Körper, das Gehirn ausgenommen, führt, und da er diese bei Geisteskranken bei weitem so constant leidend findet, als die dreikantige Bahn, so schliesst er, dass, wenn die dreikantige Bahn überhaupt vasomotorische Nerven führt, muss sie, da sie am häufigsten und am ausgesprochensten (von den von ihm vermutheten vasomotorischen Bahnen) bei Geisteskranken degenerirt ist, als vasomotorische Nerven zum Gehirn führend angenommen werden.

Als Stütze hierfür führt Helweg ferner an, dass die dreikantige Bahn auf der Höhe des Austretens des 4. — in seltenen Fällen des 3. — Cervicalnervs aus dem Rückenmark endet, und dass man daher annehmen muss, dass deren Fasern das Rückenmark mit den 4 obersten Cervicalnerven, deren Rami communicantes alle zu dem Ganglion sympathicum primum gehen, verlassen müssen.

Allerdings kennt man nicht viel von dem peripheren Verlauf der vasomotorischen Nerven; da man aber mit Wahrscheinlichkeit annehmen kann, dass die Gefässnerven des Gehirns mit den vier obersten Cervicalnerven aus dem Rückenmark treten, und da eben längs dieser selben vier Nerven die dreikantige Bahn hervorwächst, liegt der Schluss nahe, dass diese die Gefässnerven des Gehirns führt.

Rücksichtlich des centralen Verlaufs der dreikantigen Bahn spricht Helweg sich ziemlich schwebend aus, vermuthet aber doch, dass das vasomotorische Centrum des Gehirns relativ selbstständig ist und centraler liegt als das vasomotorische Centrum des übrigen Körpers.

Das Verhältniss dieses Centrums in Fällen betreffend, wo sich eine ausgésprochene abnorme Feinheit der dreikantigen Bahn findet, hat Helweg vermeintlich Recht, wenn er sagt: „Freilich ist die mangelhafte Entwickelung nur in dem spinalen Abschnitt der Gefässnerven nachgewiesen, allein wenn man keine locale Ursache zu dieser hat finden können, muss man wohl voraussetzen, dass das Leiden die ganze systematisch zusammenhängende Bahn trifft, wenn es auch der Zeit nur für einen einzelnen Abschnitt derselben nachgewiesen ist".

Ueber das Gefässcentrum des Gehirns sagt Helwg übrigens: „Beschauen wir die psychischen Symptome, die zunächst der Ausdruck des vasomotorischen Zustandes des Gehirns sind, die wechselnden Stimmungen und bleibenden Verstimmungen, so zeigt es sich, dass das Gefässcentrum des Gehirns Impulse empfängt, nicht nur durch die sensitiven, sondern überhaupt durch alle centripetalen Nerven".

Diese Betrachtung Helweg's von Stimmungen und Verstimmungen als Ausdruck für den vasomotorischen Zustand des Gehirns fällt ja in

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ganz auffälligem Grade mit der im vorigen Abschnitt entwickelten Anschauung über diese Zustände zusammen.

In dem letzten Abschnitt seiner Abhandlung ordnet demnächst Helweg sein Material nach den Diagnosen der betreffenden Patienten und fügt für jeden einzelnen Fall bei, in wie hohem Grade er die Veränderungen der dreikantigen Bahn ausgesprochen gefunden hat.

Natürlich hat Helweg hier keine Gruppe, die der manio-depressiven Psychose entspricht, so wie sie im Vorhergehenden abgegrenzt ist; wenn man aber aus seiner Casuistik die Fälle zusammenstellt, von denen wir einigermaassen wahrscheinlich sagen können, dass wir sie zu der manio-depressiven Psychose hinrechnen würden, nämlich Melancholie (3 Fälle), Melancholia agitata (3 Fälle) und Melancholia attonita (1 Fall), sowie Mania gravis (4 Fälle) und circuläre Psychose (1 Fall) — so finden wir in allen diesen die dreikantige Bahn sehr stark oder stark ausgesprochen, ausgenommen in einem Fall von Mania gravis und einem Fall von Melancholie (mit Bemerkung: hypochondrische Depression) ,in welchen zwei Fällen die dreikantige Bahn mittelstark ausgesprochen gefunden wurde.

Von den übrigen Fällen der Casuistik hat zwar ein grosser Theil auch stark ausgesprochene Faserfeinheit der dreikantigen Bahn, und es ist ja möglich, dass ein Theil derselben zu unserer manio-depressiven Psychose gerechnet oder möglicherweise als eine Combination dieser mit einer anderen Psychose betrachtet worden wäre.

Aus diesem Grunde lege ich nicht so grosses Gewicht auf Helweg's Casuistik selbst als auf folgenden Passus, in welchem Helweg selbst das Resultat seiner Casuistik resumirt: „Je ausgesprochener die dreikantige Bahn ist, d. h. je geringere Entwickelung ihre Fasern erreicht haben, eine desto grössere Rolle spielen die Verstimmungen in der Krankheit".

Speciell die primäre Verrücktheit, die ja gerade keine Stimmungspsychose ist, betreffend, sagt Helweg, „ist es auffällig, wie selten die dreikantige Bahn stark ausgesprochen ist".

In diesem kurzen Resumé habe ich gesucht, die Resultate Helweg's zusammenzufassen, soweit sie unseren Gegenstand interessiren.

Wenn man nun auch einwenden will, dass Helweg's Schlüsse theilweise hypothetisch sind, kann man doch nicht umhin, zu gestehen, dass seine interessante Arbeit in merkwürdigem Grade eben das beantwortet, wonach wir fragen, und es wahrscheinlich macht, dass eine abnorme Faserfeinheit von Helweg's dreikantiger Bahn das anatomische Substrat der manio-depressiven Psychose ist.

Wenn zwei Arbeiten, die eine von anatomischen Untersuchungen, die andere von einer klinisch-physiologischen Betrachtungsweise aus-

Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

gehend sich in demselben Punkt begegnen: dem vasomotorischen Nervensystem der Gehirngefässe, ist dies nur schwer als eine blosse Zufälligkeit zu betrachten.

Wie schon erwähnt, stand Helweg's Arbeit in einer Reihe von Jahren isolirt in der neurologischen Literatur; erst mehrere Jahre nachher entdeckte v. Bechterew — ohne Helweg's Arbeit zu kennen — die dreikantige Bahn und beschrieb sie[1]), hauptsächlich in Uebereinstimmung mit Helweg's Beschreibung.

Die Existenz der Bahn musste hiernach als unzweifelhaft angesehen werden, und sie wird nun mitunter die Helweg-Bechterew'sche Bahn genannt.

In den folgenden Jahren ist die dreikantige Bahn nur vereinzelt in der Literatur erwähnt (Reinhold), und sie schien ganz ins Vergessen zu gerathen; in den allerletzten Jahren ist indessen das Interesse für dieselbe wieder erwacht und hat u. a. eine Discussion zwischen Bechterew und Obersteiner[2]) veranlasst. Die Discussion ist rein anatomischer Natur, hauptsächlich um den centralen Ursprung der Bahn handelnd; in Betreff des peripheren Verlaufs sind beide Verfasser einig, dass die Fasern absteigend sind und dass die Bahn beim Austreten des 4. bis 5. Cervicalnervs aus dem Rückenmark verschwindet.

Diese beiden Verfasser haben sich bisher an das rein Anatomische gehalten und keine Vermuthung über die physiologische Bedeutung der Bahn ausgesprochen.

In „Bemerkungen zur Helweg'schen Dreikantenbahn" 1900 sagt Obersteiner, dass die Helweg'sche Bahn sich deutlich sowohl in normalen Halsmarken als bei den verschiedensten cerebralen und spinalen Krankheiten findet, ferner dass bisher nichts über die physiologische Bedeutung der Bahn bekannt ist.

Wenn es Obersteiner gelungen ist — durch Weigert-Pal's Färbemethode — die dreikantige Bahn Helweg's sowohl an gesunden als an kranken Rückenmarken nachzuweisen, ist das natürlich nur das von uns im voraus Erwartete, indem wir ja in Uebereinstimmung mit dem Vorhergehenden diese Bahn als das anatomische Substrat einer physiologischen Thätigkeit betrachten, d. h. als den spinalen Verlauf der vasomotorischen Nerven des Gehirns.

Wir müssen sogar darauf vorbereitet sein, eine abnorme Feinheit oder Schwäche der Fasern der dreikantigen Bahn bei Individuen finden zu können, die bei lebendigem Leibe keine Symptome einer Stimmungs-

1) Neurol. Centralbl. 1894. No. 12.
2) Neurol. Centralbl. 1901. No. 5 und 12.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

psychose dargeboten haben, indem eine existirende degenerative Anlage sich natürlich nicht erkennen zu geben braucht, wenn eine Gelegenheitsursache zu deren Auslösung ausbleibt.

Wenn eine manio-depressive Pyschose erst in höherem Alter eintritt — was auch nach Kraepelin keineswegs selten ist — muss dies wohl, wenn die Verhältnisse und namentlich die Gelegenheitsursachen gleich gewesen sind, als ein Ausdruck grösserer Widerstandskraft, also geringerer degenerativer Anlage bei dem betreffenden Individuum betrachtet werden.

Wie grosse Bedeutung man nun auch diesem merkwürdigen Zusammenfallen unserer im Vorhergehenden auf klinischem und physiologischem Wege gewonnenen Ergebnisse und derer, zu welchen Helweg in seiner Dissertation auf anatomischem Wege gekommen ist, beilegen will, so enthält es jedenfalls eine mächtige Aufforderung zu einer systematischen, mikroskopischen Untersuchung des Rückenmarks, speciell der supponirten vasomotorischen Bahnen, bei gesunden und geisteskranken Individuen — Untersuchungen, die zukünftigen Arbeiten vorbehalten sein müssen.

Nachschrift.

Seit dem ersten Erscheinen dieser Abhandlung im Dänischen 1902 hat der Verfasser ein sehr grosses Material an Halsmarken von nicht geisteskranken und von Patienten mit verschiedenen Geisteskrankheitsformen gesammelt und theilweise bearbeitet.

Obgleich ich also nun vielleicht im Stande wäre, dem letzten Kapitel einen wesentlich volleren Inhalt zu geben und ihm Berichtigungen zuzuführen, habe ich vorgezogen, ihm bis auf weiteres seinen ursprünglichen, etwas resuméartigen Charakter zu lassen, indem ich es vorziehe, erst, wenn ich meine anatomischen Untersuchungen beendet und ihre Ergebnisse bearbeitet habe, sie gesammelt den Lesern dieser Zeitschrift vorzulegen.

Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XXIX.

Zur Casuistik der polyneuritischen Psychose[1]).

Von

Michael Lapinsky,

Professor der Kaiserlichen Universität zu Kiew.

Im „Archiv von Mersjejewsky“ 1887 beschreibt S. S. Korsakow eine besondere Form einer psychischen Erkrankung, die mit den Symptomen einer multiplen Neuritis begann, und zwar zeigten sich Veränderungen in der motorischen und sensiblen Sphäre und Störungen der Reflexe; ein wenig später oder auch gleichzeitig hiermit wurden Anzeichen einer psychischen Erregung und hallucinatorischer Verwirrtheit bemerkt; späterhin entwickelte sich eine deutlich ausgeprägte Störung des Gedächtnisses, und zwar in Bezug auf kurz vorher stattgefundene Ereignisse, Illusionen der Erinnerung (Pseudo-Reminiscenzen) und eine Neigung zum Fabuliren; die mikroskopische Untersuchung des Grosshirnes ergab in derartigen Fällen Veränderungen der Associationsbahnen und der Zellen der Gehirnrinde.

Diese psychische Erkrankung wurde in einigen Fällen einer multiplen Neuritis — alkoholischen oder auch anderen Ursprungs — beobachtet und als unmittelbare Ursache derselben wurde eine Vergiftung der nervösen Apparate angenommen.

Dieses Leiden wurde von S. S. Korsakow Cerebropathia psychica toxaemica — oder der Kürze wegen — Psychosis polyneuritica genannt.

Diese Arbeit lenkte die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich und rief gleichzeitig eine rege Polemik und Erwiderungen hervor, die von verschiedenen Seiten auch jetzt noch laut werden.

Die Mehrzahl der Kritiker behauptete, dass das Bild der Korsakow'schen Psychose für den Psychiater nichts Neues darbietet, bei den verschiedenartigsten Erkrankungen vorkommt und keinerlei Beziehungen zur multiplen Neuritis hat.

---

1) Vorgetragen in der Kiewer neurologischen Gesellschaft XI. 17. 1903.

Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Tilling (60) z. B. sah eine Störung des Gedächtnisses in demselben Grade, wie sie bei der polyneuritischen Psychose beobachtet wird, bei einem 74jährigen Greise mit stark ausgeprägter Arteriosklerose. Jedes Mal, wenn bei diesem Patienten ein Anfall von Stenocardie auftrat, verlor er sein Gedächtniss vollständig. Derselbe Autor beobachtete bei einem 34jährigen Polizeisoldaten nach einem Trauma des Kopfes eine psychische Störung, die der Korsakow'schen Psychose analog war. Diese Störung bestand im Verlust des Gedächtnisses und in einer Neigung zum Fabuliren. Ferner behandelte Tilling einen Studenten, der in einen Keller hinabgestürzt war, wo er in comatösem Zustande aufgefunden wurde; nach ärztlicher Hülfe kam er zu sich, gerieth aber sofort in einen Erregungszustand, sprach viel, wobei sich Paraphrasieen, Verwirrtheit, Gedächtnissstörung und Neigung zum Fabuliren zeigten. Tilling hatte auch die Möglichkeit sich davon zu überzeugen, dass derselbe Gedächtnissverlust, die Unfähigkeit sich zu orientiren und die Neigung zum Fabuliren nach Infectionskrankheiten vorkommen. In Folge dessen hält es Tilling auch nicht für zulässig, in der polyneuritischen Psychose eine eigenartige Erkrankungsform zu erblicken. Die Benennung Psychosis polyneuritica hält er für unrichtig, da die Verwirrtheit und Erregung, die im Beginn der polyneuritischen Psychose beobachtet werden, keinerlei Beziehung zur Polyneuritis haben.

Auch Babinsky (26) verneint eine ätiologische Beziehung zwischen dieser Psychose und der Polyneuritis, ohne hierüber besondere Erklärungen abzugeben.

Gudden (23), Seglas (55) und Frank (15) gehen von verschiedenen Gesichtspunkten aus und stimmen in der Verneinung der specifischen Aetiologie der Psychose überein. Der erste von ihnen misst der Ermattung des Grosshirnes eine hervorragende Bedeutung zu und und sieht hierin das Resultat einer starken Erregung. Seglas (55) sieht im Syndrom von Korsakow eine banale Verwirrtheit. Die nachfolgende Amnesie erklärt er durch eine Erschlaffung des Nervensystems, das durch die Erregung der vorhergehenden Periode ermüdet ist. Frank erklärt das ganze Bild der psychischen Erkrankung durch ungenügende Ernährung.

Elzholz (14), Raimann (47), Mönkenmöller (42) und Schultze (53), die diese Psychose in Fällen beobachteten, in denen keine Anzeichen einer multiplen Neuritis vorhanden waren, sind in ihren kritischen Folgerungen mit Korsakow nicht einverstanden.

Elzholz und Raimann bemühen sich nachzuweisen, dass der Korsakow'sche Symptomencomplex bei Polyencephalitis superior Wer-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicke angetroffen wird, wobei sie sich nicht sehr erfolgreich auf die Beobachtungen von Boedecker (7), Murawjew (45), Gudden (23) und anderer Autoren beziehen, die psychische Veränderungen bei Polyoencephalitis superior bei Potatoren beschreiben.

Haury (24) [S. 21] spricht die Ansicht aus, dass die Symptome der neuritischen Psychose bei Syphilis, Leukämie, Malaria und bei progressiver Paralyse vorkommen.

Chancelay (11) behauptet, dass eine gleichartige Störung der Psychik bei Grosshirntumoren vorkommt (die von ihm angeführte Beobachtung Treuel's spricht aber wenig für seine Behauptung).

Gudden (23) findet, dass derselbe Symptomencomplex bei Vergiftungen mit Stickstoffoxyd und bei Selbstmördern beobachtet wird, die sich durch Erhängen das Leben nehmen wollten, aber aus der Schlinge gelöst wurden, nachdem sie die Besinnung verloren hatten.

Redlich (51) erinnert daran, dass der Korsakow'schen Psychose analoge Erscheinungen bei wiederbelebten Ertrunkenen, bei Hysterikern nach schweren Anfällen, bei Greisen nach apoplektischen Insulten und zuweilen auch bei schweren Affecten beschrieben worden sind.

Mönkenmöller (42) sieht eine vollständige Uebereinstimmung der Symptome der Korsakow'schen Psychose mit analogen Geisteserkrankungen bei progressiven Paralytikern und bei Dementia senilis.

Jolly (27) beobachtete ein gleichartiges Bild bei zwei Patienten mit Gehirnsyphilis; er ist der Ansicht, dass in chronischen Fällen einer polyneuritischen Psychose Veränderungen im Grosshirn vorhanden sein müssen, die an progressive Paralyse oder an Dementia senilis erinnern.

Jolly (27) schreibt das gesammte Krankheitsbild dem Alkoholgenuss zu. Seiner Ansicht nach ist die Korsakow'sche polyneuritische Psychose nichts anderes, als ein Delirium tremens in protrahirter Form.

Die Autoren schreiben dem Alkoholgenuss bei Affectionen der Psyche eine so grosse Bedeutung zu, weil sie sich dabei auf zahlreiche, in der Literatur beschriebene Krankengeschichten stützen, in denen einerseits Hinweise auf Alkoholismus vorhanden waren, andererseits auf Affectionen des peripheren und centralen Nervensystems, auf Störungen des Intellektes, Gedächtnissschwäche, Wahnideen u. s. w. hingewiesen wird.

Wir finden z. B. bei einem Patienten Leyden's, einen an Neuritis leidenden Alkoholiker, Hinweise auf Verwirrtheit, Unmöglichkeit sich zu orientiren, leichtes Phantasiren u. s. w.; diese Erscheinungen enwickelten sich beim Patienten Leyden's 4 Tage vor dem Tode.

Moeli (11) beobachtete eine multiple Neuritis bei einem 53jährigen Patienten, in dessen Anamnese Hinweise auf Abusus in Baccho vorhanden

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

waren. Im klinischen Bilde lenkte ausser den typischen Symptomen von Polyneuritis die ungeheuere Vergesslichkeit die Aufmerksamkeit auf sich.

Charcot (11b) stellte in seinen Vorlesungen (Leçons de mardi) im Jahre 1884 seinen zahlreichen Zuhörern zwei Alkoholikerinnen vor, die an multipler Neuritis litten. Diese beiden Patientinnen antworteten, über Alkoholmissbrauch befragt, immer, dass sie sich stets durch aussergewöhnliche Nüchterheit ausgezeichnet hätten („toutes deux vous affirmeront qu'elles étaient d'une sobriété à toute épreuve"). Der berühmte Lehrer erklärte diesen Betrug von Seiten der unglücklichen Patientinnen durch Gedächtnissverlust; sie hatten es ebenso vergessen, dass sie Cognac und Absynth getrunken hatten, wie sie die stechenden Schmerzen, über die sie am Tage vorher geklagt hatten, vergassen.

Bernhardt (5) beobachtete einen Patienten, der an Neuritis litt, in dessen Anamnese Alkoholismus vermerkt war. Dieser Patient überraschte durch seine Unfähigkeit, kurz vorher geschehene Ereignisse zu behalten.

Einen gleichen Gedächtnissverlust beobachtete Fischer (18) in einem analogen Falle.

Strümpell (58a) beschreibt eine Polyneuritis bei einem Alkoholiker, bei dem er Gedächtnissschwächung in Folge dessen Unfähigkeit sich zu orientireu und gleichzeitig Neigung zum Fabuliren beobachtete.

Löwenfeld (38) beschrieb eine Frau mit multipler Neuritis, bei der Gedächtnissschwäche und Herabsetzung der intellectuellen Fähigkeiten beobachtet wurden; die Folge hiervon war, dass die Patientin sich nicht orientiren konnte, schweigsam war und dass ihr Vorstellungsvermögen äusserst schwach war.

Oppenheim (46) beobachtete eine starke Gedächtnissschwächung bei einem Alkoholiker, der an Polyneuritis litt.

Joffroy (25) beobachtete Gedächtnissschwächung, Unfähigkeit sich zu orientiren und starke Verarmung des Vorstellungsvermögens bei einem Patienten, der Potator war und an Polyneuritis litt.

Vierordt (62) beschrieb eine 22jährige prostituirte Alkoholikerin, die nach einer Erkältung an Polyneuritis erkrankte; gleichzeitig wurde bei ihr Gedächtnissschwäche und Verwirrtheit constatirt. Patientin war vor ihrer Erkrankung an Polyneuritis syphilitisch inficirt worden.

Müller (44) beobachtete eine 68jährige Greisin, bei der eine acute Störung der Psyche in Form von Vergesslichkeit, Verwirrtheit und Orientirungsvermögen auftrat; da diese Patientin sich immer durch Abusus in Baccho ausgezeichnet hatte, so schreibt der Autor diese psychische Störung dem Einfluss des Alkoholismus zu.

Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Lilienfeld (97) beobachtete eine Polyneuritis bei einem Patienten, bei dem gleichzeitig Vergesslichkeit, Verwirrtheit und Orientirungsvermögen die Aufmerksamkeit auf sich zogen.

Eine analoge Erscheinung constatirte auch Schulz (54).

Tilling (59) beschrieb sieben Fälle einer alkoholischen Neuritis, deren Verlauf durch psychische Störungen in Form von Gedächtnissschwäche, Neigung zum Fabuliren und Verwirrtheit complicirt wurde.

Auf diese Beobachtungen gestützt, behaupteten die Kritiker Korsakow's, dass das von letzterem geschilderte Bild der Psychose nicht durch die Polyneuritis, sondern durch den Einfluss des Alkohols hervorgerufen wird.

Die letztgenannte Behauptung fand eine starke Stütze in den speciellen Arbeiten über den Einfluss des Alkohols auf das Gedächtniss.

Freund (16) erklärte die Schwächung der Erinnerung an kurz vorhergegangene Ereignisse bei Alkoholikern durch den verderblichen Einfluss des Alkohols.

Zu demselben Schluss gelangten Wille (66), Babillé (2) und Redlich (52).

Der letztere der citirten Autoren ist der Ansicht, dass die Abnahme des Gedächtnisses zu den acuten alkoholischen Störungen gehört und sehr bald nach Aufnahme des Alkohols eintritt, wobei sich, je nach der Menge des genossenen Spiritus, ein höherer oder niederer Grad der Abnahme entwickelt.

Einige Autoren, die sich mit der Ansicht Korsakow's, in Bezug auf die von ihm beschriebenen Erscheinungen, einverstanden erklärten, sprachen ihm jedoch die Priorität ab.

Chancelay (11) z. B. behauptet, dass die Störung der Psyche bei Neuritiden schon lange vor Korsakow beobachtet wurde: Maingault (1860) sah eine solche bei diphtheritischer Neuritis und Vincent (1878) beschrieb sie bei Malarianeuritis.

Viele Autoren (Tilling, Seglas, Frank, Chancelay u. A.) fanden es vollständig unverständlich, warum Korsakow die betreffende Psychose — Cerebropathia toxaemica — benannt hatte, da doch in seinen Fällen ein Leiden der peripheren Nerven vorhanden war. Dieser Vorwurf galt für um so berechtigter, als das Vorhandensein von anatomischen Veränderungen des Grosshirnes bei dieser Psychose erst durch spätere Untersuchungen festgestellt wurde.

Aeusserst missbilligend verhielten sich die Lyoner Neuropathologen zu der Arbeit Korsakow's. In seiner Dissertation spricht sich Gaston Haury (24) dahin aus, dass „die polyneuritische Psychose keine Exi-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stenzberechtigung hat", „es ist schon längst Zeit, sich von diesem Irrthum frei zu machen, der die Psychiater nur verwirrt; das Zutagetreten der polyneuritischen Psychose lässt sich nur durch ungenügende Beobachtung und durch ein Nichtbegreifen der beschriebenen Fälle erklären" („La psychose polyneuritique n'a pas droit à l'éxistence". „Nous espérons en effet demontrer la manque de profondeur dans l'interprétation des cas observés". „Bien plus nous ajouterons qu'il est grand temps de renonces à cette entité, qui a déja trop longtems vécu" (p. 6).

Die absprechende Haltung vieler Autoren der erwähnten Psychose gegenüber störte übrigens einige Autoren nicht mit den Ansichten Korsakow's übereinzustimmen, diese Zugeständnisse verrringerten jedoch die Meinungsverschiedenheit unter den Psychiatern nicht.

Der Aufsatz Korsakow's fand also einigen Widerspruch. Einige Autoren gaben einen Zusammenhang dieser Psychose mit der Polyneuritis nicht zu, andere wieder schrieben das gesammte Krankheitsbild dem Alkoholismus zu; ein Theil der Kritiker wandte sich gegen die Bezeichnung Cerebropathia toxaemica.

Da der Streit in dieser Beziehung noch nicht für abgeschlossen gelten kann und die Schlichtung desselben noch vieler casuistischer Beobachtungen bedarf, so halten wir es für angebracht, unsere drei Fälle dieser Psychose zu beschreiben, die in der einen oder anderen Weise diese Frage illustriren können.

II.

1. Die 28jährige Frau Ch. hat in ihrem 24. und 26. Legensjahre glücklich geboren und machte jetzt das dritte Mal eine Fehlgeburt im VIII. Schwangerschaftsmonat durch.

Schon im Verlauf der letzten zwei Tage vor der Geburt platzten bei der Patientin die Lippen, es kam einige Male zum Erbrechen und es wurden Schüttelfröste beobachtet. Zwei Tage nach der Geburt stieg die Temperatur bis 38,5, 39,0 und 39,5 mehrmals am Tage und diese Temperatursteigerung wurde jedes Mal von Schweissausbruch und Schüttelfrost begleitet. Das Bewusstsein ist getrübt. Apathie. In der Nacht war Patientin erregt, fürchtete sich, schrie, betete und bat um Schutz, ohne anzugeben, was sie fürchtet und was mit ihr vorzugehen scheint: sie erkannte Niemanden. Das Tageslicht beruhigte die Patientin, sie kam zu sich, antwortete auf gestellte Fragen und klagte über Schwäche und Schmerzen im ganzen Körper. Die Milchsecretion begann am dritten Tage, hörte aber zum Ende der ersten Woche vollständig wieder auf. Die Lochien waren in den ersten Tagen äusserst übelriechend und gingen in geringer Menge ab: der Geruch der Lochien verschwand allmählich.

Am Ende der vierten Woche nach der Geburt waren die Hände und Füsse der Patientin stark abgezehrt und geschwächt. Patientin konnte nicht gehen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und nur mit Mühe sitzen; Appetit fehlte; ausserdem wurde Erbrechen und Obstipation beobachtet. Nachts war die Patientin nach wie vor sehr unruhig (wahrscheinlich Hallucinationen), fürchtete sich und phantasirte still vor sich hin. Tags über war sie ruhig und sogar apathisch.

Den ganzen Sommer über verbrachte die Patientin auf dem Lande und besuchte Salzbäder, die wenig Nutzen brachten.

Bis zu dieser Geburt hatte sich die Patientin, die auf dem Lande geboren und aufgewachsen war, durch blühende Gesundheit ausgezeichnet. Nur in der Kindheit hatte sie Masern und Scharlach durchgemacht. Während der Schwangerschaft waren keinerlei Verdauungsstörungen vorgekommen (an Erbrechen hatte sie nicht gelitten) und Oedeme der unteren Extremitäten waren nicht beobachtet worden. Patientin raucht nicht; hat niemals getrunken und trinkt auch jetzt nicht; sie hat einen ungewöhnlichen Widerwillen gegen Wein, Cognac u. s. w.

Bei der objectiven Untersuchung, sechs Monate nach der Geburt, wurde Folgendes constatirt. Die Patientin ist von mittlerem Wuchs. Das Knochensystem ist normal entwickelt. Die Hautfarbe ist schmutzig, die Schleimhäute sind blass, icterisch gefärbt, was besonders deutlich am harten Gaumen hervortritt. Ueberall starker Schwund des Unterhautgewebes; Oedeme sind nirgends vorhanden. Die Muskulatur der unteren und oberen Extremitäten, und zwar hauptsächlich der distalen Theile derselben ist stark atrophirt. Die willkürlichen Beugebewegungen der Finger und des Fusses gehen äusserst langsam vor sich und sind sehr schwach. Die Finger können gar nicht gestreckt werden. Der Fuss kann willkürlich nur sehr schwach gestreckt werden. Die Gewölbe beider Füsse sind hoch, die Zehen sind gekrümmt. Die passive Streckung dieser Theile ist bis zu einer gewissen Grenze möglich, darüber hinaus wird sie schmerzhaft empfunden. Die Kraft der willkürlichen Bewegungen in den Knie- und Hüftgelenken ist beschränkt. Die Finger können bewegt werden, die von denselben entwickelte Kraft ist aber so gering, dass die Patientin nur mit Anstrengung einen Löffel in der Hand zu halten vermag. In gleicher Weise sind die Bewegungen im Ellenbogen und Schultergelenk geschwächt.

Die Brust- und Bauchmuskeln sind besser erhalten, ihr Umfang ist jedoch ebenfalls geringer und ihre Kraft ist herabgesetzt.

Die Bewegungen des Augapfels und die mimischen Bewegungen weichen nicht von der Norm ab. Fibrilläres Zittern ist nicht vorhanden.

Die Untersuchung mit dem elektrischen Strom ergab eine theilweise Degenerationsreaction in den distalen Muskeln der Extremitäten.

Die tactile Sensibilität ist an den oberen und unteren Extremitäten normal — die Schmerz- und Temperaturempfindung ist mässig herabgesetzt, und zwar nimmt die Abnahme dieser Sensibilitätsart zu den Fingerspitzen hin ab; an den Fingerspitzen verspürt die Patientin die leiseste Berührung, aber keinen Schmerz. Das Muskelgefühl ist normal. Das Ortsgefühl und die Fähigkeit der Stereognose ist in beiden Händen der Patientin gleich stark gestört.

Die Hautreflexe sind nur am Bauch vorhanden; die Reflexe der Conjunctiva bulbi, der Nasenschleimhaut und der Uvula sind vollständig normal. Nur

Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

der Sehnenreflex des M. masseter ist vorhanden, alle übrigen — so der Reflex der Tendoachillis, der Patellarreflex, der Reflex des Supinator longus triceps fehlen vollständig.

Die Pupillenreflexe sind normal. Die Harnblase functionirt regelrecht, früher ist eine gewisse Incontinenz beobachtet worden (vielleicht in Folge ungenügender Aufmerksamkeit); jetzt wird 5—6mal täglich Harn entleert; Stuhlgang erfolgt ohne künstliche Nachhülfe alle 2 Tage.

Die Sinnesorgane — Geschmack, Geruch, Gehör — sind augenscheinlich normal; was das Gesicht anbetrifft, so ist Patientin beim Unterscheiden der Farben des Spectrums unsicher und macht hierbei Fehler. Monoculär liest Patientin, sowohl in der Nähe als auch in der Ferne, mit dem linken und rechten Auge gleich gut. Das Lesen mit beiden Augen geht gleichzeitig nur bei nicht langdauernder — eine bis anderthalb Minuten — Anspannung der Augen glatt vor sich. Bei längerem Lesen — circa 10 Minuten lang — macht Patientin Fehler, die den Sinn entstellen, was sie offenbar selbst gar nicht bemerkt, da sie sich für den Inhalt des Gelesenen nicht interessirt. Schon nach 4 Minuten langem Lesen behauptet Patientin, dass die Buchstaben und Zeilen verschwimmen, einige von ihnen treten hervor, andere wieder versinken. Ein Entfernen des Buches auf 18—25—30 Zoll verbessert ebenso wie das Nähern desselben das Lesen nicht.

Sehstörungen zeigen sich auch in anderer Hinsicht. Die Patientin bestimmt die Grösse, Form und die Entfernung der Gegenstände im Zimmer, das 8 m lang und 5 m breit ist, schlecht. So behauptet sie z. B., dass die Wasserflasche, die 3 m entfernt auf dem Fensterbrett steht, und die Lampe, die in 7 m Entfernung auf der Commode steht, gleich weit von ihr entfernt sind und dass die Höhe der letzteren der Höhe der Wasserflasche gleich ist; die Wasserflasche ist de facto 2mal niedriger als die Lampe. Das in der Perspective gezeigte Stethoskop (ohne Ohrmuschel) hält sie für einen Spazierstock und bei wiederholter Frage für eine Angelruthe. Das im Profil gezeigte Stethoskop hält sie für einen nicht zugespitzten Bleistift. Die perspectivisch gezeigte, mit dem Boden ihr zugekehrte Wasserflasche hält sie für eine Lampenkuppel im Profil — bezeichnet sie dieselbe richtig. Die mit der Schmalseite ihr zugekehrte Taschenuhr hält sie für die Zündholzschachtel ihres Mannes (die aber viereckig ist); die mit der Breitseite ihr zugekehrte Uhr bezeichnet sie richtig. Das auf der Commode liegende, mit der Schmalseite ihr zugekehrte Buch hält sie für eine Kragenschachtel (eine solche Pappschachtel steht auf dem Fensterbrett und hat eine vollständig andere Form); nach dem Aufstellen des Buches bezeichnet sie dasselbe richtig mit dem Namen des Autors „Gorki".

Der Puls ist 70 in der Minute, parvus. Die Herztöne sind nicht ganz rein, die Herzgrenzen sind nicht erweitert. Nonnensausen über der V. jugularis. Der Leib ist mässig aufgetrieben; die Gegend der Leber, der Nieren, der Milz und die unteren Regionen des Bauches im Gebiete des grossen Beckens sind empfindlich. Die Zunge ist dick belegt; Foetor ex ore; die Lippen sind trocken und geplatzt; häufige Uebelkeiten; Erbrechen kommt selten vor. Kein Fluor; die Menses hatten sich vor 2 Wochen zum ersten Mal nach der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Geburt eingestellt, und zwar in geringer Menge, ohne Schmerzen. Harn: spec. Gewicht 1,020, roth, trübe; kein Zucker und Eiweiss; eine Menge Indican.

Den Zustand der Psychik der Frau Ch. konnte ich im Verlauf von drei Wochen beobachten, in welchem Zeitraum ich sie 8 Mal besuchte.

Die Patientin war schweigsam und verhielt sich ihrer Umgebung und den Besuchen und Untersuchungen des Arztes gegenüber gleichgültig.

Bei erzwungenen Unterhaltungen mit ihren Angehörigen, die sie zerstreuen wollten „phantasirt" sie, wie ihr Mann mittheilt. In vielen Fällen erfindet sie Einzelheiten von de facto in ihrer Kindheit stattgehabten Ereignissen, die fraglos unrichtig sind, aber so genau von ihr mitgetheilt wurden, dass an ihnen nicht gezweifelt werden kann. Der Vergangenheit erinnert sie sich nicht gut. Die in letzter Zeit stattgehabten Ereignisse sind entweder vollständig aus ihrem Gedächtniss verschwunden oder ihre Reihenfolge in chronologischer und topischer Hinsicht hat sich beträchtlich gelockert. So behauptet Patientin z. B., dass sie in der laufenden Woche erkrankt sei. Die Schmerzen der Geburt bestätigt die Patientin; darüber befragt, die wievielte Geburt es gewesen sei und wann dieselbe stattgefunden habe, behauptete sie, dass es die zweite Geburt gewesen sei, und dass dieselbe vor 2 Jahren stattgefunden habe. Als sie hierauf daran erinnert wird, dass sie ja drei Kinder hat, dass also auch drei Geburten stattgefunden haben müssen, fängt sie an sehr erfinderisch zu phantasiren und behauptet, dass sie das erste Mal Zwillinge geboren habe (de facto ist es nicht der Fall). Die Namen ihrer beiden ersten Kinder kennt sie, den des letzten Kindes nicht; das Alter des ersten Kindes erräth sie richtig. Auf die Frage nach ihrem eigenen Alter antwortet sie ausweichend und nennt ihr Geburtsjahr (richtig). Sie erinnert sich des Namens des Arztes, der die erste Geburt geleitet hat. Sie ist auch mit der Behandlung dieses Arztes in den letzten Wochen sehr zufrieden (de facto hat dieser Arzt den Wohnort der Patientin bereits vor 3 Jahren verlassen). Das Aeussere des Arztes kann sie nicht beschreiben. Ihr Personengedächtniss ist überhaupt sehr schlecht. Bei jeder einzelnen Visite musste ich mich der Patientin auf's Neue vorstellen und sie empfing mich so, als wenn sie mich zum ersten Mal sähe. Bei meinem letzten Besuch erkannte mich Frau Ch. wie gewöhnlich nicht, gab sich aber nachher den Anschein, als wenn sie sich erinnere; letzteres war jedoch nicht der Fall, da sie unsere Bekanntschaft mit einer Kartenpartie bei gemeinsamen Bekannten in Verbindung brachte; um ihrem Gedächtniss nachzuhelfen, beschrieb ich ihr die faradische Maschine, die ich das vorhergehende Mal bei der Untersuchung ihrer Muskeln angewandt hatte (was sie erschreckt und ihr Schmerz verursacht hatte), hierauf erkannte sie mich endlich und rief aus: „Ach, sie sind ja der Arzt". Dieses war jedoch nur eine Schlussfolgerung über meinen Beruf — mein Aussehen, mein Name und die Ereignisse der vorhergehenden Visiten waren ihrem Gedächtniss vollständig entschwunden. Als ich mich abermals vorstellte und ihr die Einzelheiten der vor 2 Tagen ausgeführten Untersuchung beschrieb, hörte sie mich zweifelnd und misstrauisch an; die Untersuchung, die lange Unterhaltung mit ihr, sowie die Persönlichkeit

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Untersuchenden waren offenbar vollständig aus ihrem Gedächtniss verschwunden.

Bei jeder Untersuchung der Sensibilität verursachten ihr Nadelstiche Schmerzen, die sie jedoch nicht an die vorhergehende Untersuchung erinnerten. Ebenso gering war die Erinnerung an Gesichts-, Tast- und Schmerzeindrücke; Temperatur- und Geschmacksempfindungen hingegen hinterliessen immer einen tiefen Eindruck. Wenn ich vor den Augen der Patientin kaltes Wasser in ein Glas goss, mit dem ich einige Mal ihre Temperaturempfindung geprüft hatte, so rief ich dadurch auf ihrem Gesichtsausdruck keine Anzeichen von Furcht oder unangenehme Empfindungen hervor, wenn ich aber mit dem Glase ihren Leib berührte, schrie sie auf: „Ach! das ist ja schon wieder Eis“ (augenscheinlich hatte sie es vergessen oder achtete, richtiger gesagt, nicht darauf, dass das Glas mit Wasser gefüllt war). Eis war der Patientin nie, auch nicht während des Puerperiums, auf den Leib gelegt worden, so dass sich der Ausruf „schon wieder“ nur auf die letzte Untersuchung beziehen konnte. Beim Anblick der bläulichen Flasche, die die von mir verordnete Medicin (Kali jodati 6,0, Strichnini nitrici 0,005; Aqu. dest. 200,0) enthielt, blieb die Patientin, so lange die Medicin in den Löffel gegossen wurde, vollständig indifferent, sobald sie aber dieselbe in den Mund nahm, prägte sich auf ihrem Gesicht Widerwillen aus und nach dem Verschlucken der Medicin wandte sie sich an ihre Mutter mit den Worten: „Warum gebt ihr mir beständig dieses widerwärtige Zeugs. Ich kann mich daran nicht gewöhnen“. Eine gleichartige Medicin hatte die Patientin vor ihrem Herkommen nach Kiew nie eingenommen.

Frau Ch. antwortete auf Fragen, die an sie gerichtet werden, ergreift beim Gespräch aber niemals die Initiative. Ein Verlangen nach Unterhaltung verspürt sie nicht; ihr Gedankengang ist ein sehr langsamer. Auf die Bitte hin, ihre letzte Reise zu beschreiben (per Dampfer nach Kiew) beginnt sie sehr langsam mit folgenden Phrasen: „Wir packten ein, kamen hin, lösten Billette, fanden unsere Plätze“. „In wie fern ihre Plätze, waren denn die Plätze numerirt?“ „Ja, wir sassen im Paterre“. „In was für einem Parterre? Im Theater? Sie befanden sich doch auf Reisen“. Auf diese Weise zum eigentlichen Thema zurückgeführt, nimmt die Patientin ihre Zuflucht wieder zu leeren Phrasen: „Das Sitzen ermüdete, es war langweilig, ausserdem war nichts zum Essen da und ich hätte gerne geschlafen“. „Wie sind Sie gereist?“ „Per Bahn“ (Die Patientin reiste de facto nicht per Bahn, sondern per Dampfschiff). „An welcher Station sind Sie eingestiegen?“ „In Homel“. „Mit wem sind Sie gefahren?“ „Neben mir sass ein Officier“ (Es ist kein Officier da gewesen). „Haben Sie gesessen oder gelegen?“ „Ich habe gesessen (de facto hat die Patientin während der ganzen Fahrt gelegen). „Worüber klagen Sie gegenwärtig?“ „Ueber gar nichts“. „Ist Ihnen das Liegen langweilig?“ „Nein“. „Haben Sie Schmerzen?“ „Ja, soeben hatte ich Brustschmerzen“ (de facto haben die Brustschmerzen schon vor einem Monat aufgehört). „Warum liegen Sie eigentlich?“ „Man erlaubt mir nicht aufzustehen“. „Wer verbietet es Ihnen denn?“ „Meine Mutter und mein Mann“. (Fehlen des Krankheitsbewusstseins.) „Sind Sie heute umhergegangen?“ „Ja, ich war in einem Laden“. (Die Patientin ist

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seit einer Woche nicht mehr aufgestanden.) „Ich habe Kuchen gekauft". „Wo sind Sie jetzt?" „Im Gasthause". „Wo? in Homel" „Nein — in Kiew". „Wollen Sie nach Hause?" (Der Gesichtsausdruck wird ein etwas lebhafterer.) „Ja". „Wollen Sie Ihre Kinder sehen?" Ja! Ja! rufen Sie sie hierher". „Sie sind doch auf dem Lande". „Ja?" (mit dem Ausdruck gleichgültiger Verwunderung). „Die Kinder sehnen sich nach Ihnen, meinen, werden schlecht behandelt" (Thränen treten der Patientin in die Augen). „Lieben Sie Ihre Kinder? „O ja! sehr!" (vorübergehende Aufmunterung).

Augenscheinlich hat Frau Ch. weder angenehme, noch unangenehme Hallucinationen oder Illusionen (des Gesichts, Gehörs, Geschmacks und des Geruchs). Sie spricht langsam (früher war sie sehr lebhaft). Ihre Stimmung ist gleichförmig apathisch. Im Gesichtsausdruck ist kein seelisches Leiden oder Trauer sichtbar; nur selten belebt sich der Gesishtsausdruck. Die Gesichtszüge bleiben unbeweglich, so lange man nicht mit der Patientin spricht. Beim Gespräch strengt Patientin sich sichtbar an, um aufmerksam zu sein. Ihr Gedankengang zeichnet sich weder durch eine besondere Färbung, noch durch Schnelligkeit und Tiefe aus; hierüber liess sich urtheilen, wenn man die Ruhe der Mimik in Betrag zog; wenn man mit der Patientin sprach, bildete sich auf ihrer Stirn zwischen den Augen Verticalfalten, und zwar blieb es sich gleich, ob von gegenwärtigen Dingen (Untersuchung der Sensibilität) oder von längst Vergangenem die Rede war. Die erwähnten Falten blieben während der ganzen Gesprächszeit bestehen. Der gewöhnlichste Gedankenaustausch erforderte bei der Patientin eine starke Anspannung der Aufmerksamkeit. Der Eintritt einer neuen Persönlichkeit in das Zimmer oder das Hereintragen eines Gegenstandes, an dem die Patientin nicht gewöhnt war, rief ebenso wenig wie das Hereintragen eines bekannten, nothwendigen Gegenstandes (z. B. der Lampe in das dunkle Zimmer) eine besondere Reaction auf ihrem Gesicht hervor. Eine Menge verschiedener Empfindungen überschritten die Schwelle des Reizes nicht und verblieben in den Grenzen der unbewussten Empfindung. Eines Tages besuchte ich die Patientin während des Mittagessens. Die Mutter der Patientin hatte ein Hühnchen fein zerschnitten und schob ihr abwechselnd mit Saft (scheinbar Striekbeersaft) etwas davon direct in den Mund, worauf sie ihr einen Schlusck Wasser gab. „Was kauen Sie jetzt?" fragte ich, als sie das Fleisch im Munde hielt. „Saft", antwortete die Patientin und bat um Wasser. Dieses war eine falsche Schlussfolgerung in Folge ungenügender Aufmerksamkeit: der Saft hatte einen zu specifischen Geschmack, um mit dem Fleisch verwechselt zu werden, ausserdem kaute sie den Saft nicht, sondern schluckte ihn hinunter, nachdem sie daran gesogen hatte. Meine Frage über das Kauen hätte ihr an und für sich die Antwort — Fleisch — in den Mund legen müssen. Die Antwort der Patientin war ein lapsus linguae, der nicht durch genügende Aufmerksamkeit corrigirt worden war, da die Geschmacksempfindung die Schwelle des Reizes nicht überschritten hatte; es war jedoch gleichzeitig eine völlig überzeugte Schlussfolgerung, wofür das Verlangen nach Wasser spricht.

Die Aufmerksamkeit der Frau Ch. war äusserst stark geschwächt. Um

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beim Untersuchen des Kniereflexes die Aufmerksamkeit der Patientin abzulenken, gab ich ihr in die linke Hand einen ihr bekannten Wollknäuel und legte abwechselnd in ihre rechte Hand eine runde Tasse mit abgebrochenem Henkel, einen schweren, gusseisernen Tintenfassdeckel, einen Wasserflaschenstöpsel oder ein leeres Glas und bat sie auf die in ihrer Hand befindlichen Gegenstände zu sehen und mir zu sagen, was sich in ihrer rechten und linken Hand augenblicklich befindet. Auf zehn diesbezüglich gestellte Fragen antwortete sie nur ein Mal richtig.

Auf die in Bezug auf die Aufmerksamkeit der Patientin im Verlauf der letzten 2 Monate gestellten Fragen theilte ihre Mutter mit, dass Frau Ch. seit ihrer Erkrankung sehr zerstreut war. Wenn sie z. B. mit ihrem Mann sprach, nannte sie ihn „Mutter" und nannte umgekehrt ihre Mutter mit dem Kosennamen ihres Mannes, was ihr früher nie passirt war. Diese Zerstreutheit der Patientin benutzten ihre Angehörigen um ihr Milch zu geben, die sie nicht mochte. Anfangs gaben sie der Patienten Thee mit etwas Schmand, gossen dann allmählich, vor den Augen der Kranken, in beliebiger Menge Milch zu und gaben ihr schliesslich reine Milch und bemühten sich gleichzeitig die Aufmerksamkeit der Patientin abzulenken. Auf diese Weise gelang es, ohne dass Frau Ch. den Betrug merkte, ihr Milch beizubringen, die sie sich hartnäckig zu trinken weigerte, und dabei behauptete, dass Milch bei ihr Uebelkeit und Erbrechen hervorrufe.

In den ersten vier Wochen nach der Geburt wechselten die Personen und Gegenstände ihrer Umgebung, ohne dass sie es merkte. Ihre Angehörigen und Gutsnachbaren besuchten sie häufig. Sie begrüsste sich mit ihnen und antwortete auf die Fragen nach ihrem Befinden immer ein und dasselb, ohne dass sie das Wechseln der mit ihr Sprechenden bemerkte. Es war schwer mit ihr ein Gespräch zu führen; man musste ein und dieselbe Frage mehrmals wiederholen; wenn die Frage sehr lang war, wurde sie von der Patientin gar nicht beantwortet; kurze Fragen mussten wiederholt werden. Hierbei war die Patientin zweifellos bei Bewusstsein. Die Patientin verlangte nach Essen und Trinken, verlangte beim Erbrechen nach einer Schale, bemerkte Feuchtigkeit in ihrem Bett und ihre Antworten auf gestellte Fragen waren, wenn auch kurz, so doch vollständig vernünftig. Anfangs wurde vorausgesetzt, dass sie das Gesicht und Gehör verloren hätte; die ärztliche Untersuchung ergab aber normale Augen und Ohren. Augenscheinlich hatten die angeführten Störungen ihren Grund in der Zerstreutheit.

Der Ideenkreis der Patienten war beschränkt. Die Verarbeitung sogar unmittelbar empfangener Eindrücke (Gesichts-, Geschmacks-, Gehörs- und Empfindungseindruck) ging sehr langsam vor sich. Die Continuität des Bewusstseins war gestört; früher, und zwar vor der Erkrankung an Polyneuritis, eingeprägte Vorstellungen waren klar erhalten geblieben, neu empfangene, die von einander getrennt waren und sich nicht mit den früheren vermengten, gingen sehr bald verloren.

Die Patientin war im Stande regelrecht zu discutiren, wenn die besprochenen Facta nicht in Raum und Zeit genau fixirt werden mussten, obgleich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch letzteres gut gelang, so lange hierzu nicht eigene Erfahrungen erforderlich war. Auf die Frage, welche Ausbildung ihre Kinder erhalten sollen, antwortete Frau Ch. „meine Kinder sollen Ingenieure werden". „Warum denn nicht Lehrer?" „Die Lehrer sind alle arme, verschüchterte Menschen". „Aber Aerzte?" „Viel Arbeit, ermüdend, Ansteckungsgefahr". „Welche Regierungsverfassung besteht in Frankreich?" „Die Republik". „Und in Italien?" „Die Constitution". „Welche Religion herrscht hier vor?" „Der Katholicismus?" „Und in Deutschland?" „Das Lutherthum". „In Oesterreich?" „Der Katholicismus?" „Ihr Mann dient in der Semstwo?" „Nein, er beschäftigt sich mit der Bewirthschaftung seines Gutes".

„Wann war die Aufhebung der Leibeigenschaft?" „1862". „Der letzte türkische Krieg? „1877". „Wann starb Kaiser Alexander II.?" „1881".

Wir sehen in der vorliegenden Erkrankung das Bild einer multiplen Neuritis und eine gewisse psychische Störung, die sich nach der Geburt entwickelt haben.

Die Diagnose — Neuritis — stützt sich auf die typische Störung der motorischen Sphäre, die in Form von Paresen und Muskelatrophien zum Ausdruck gelangt; ausserdem bestätigen die Herabsetzung der elektrischen Reaction, das Verschwinden der Haut- und Sehnenreflexe und eine gewisse Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung diese Diagnose vollständig.

Die Besonderheiten dieser multiplen Neuritis bestehen in einer beträchtlichen Herabsetzung des Ortssinnes, der Stereognose und des stereoskopischen, binocularen Sehens. Das letztere bestand darin, dass die Patientin, trotz der normalen Accommodation, der regelrechten Convergenz der Sehaxen und trotz dem normalen Zustande des die Augen bewegenden Muskelapparates, nicht länger als 2—3 Minuten hintereinander lesen konnte, nach diesem Zeitraum verschwammen die Buchstaben und einige Zeilen traten hervor, während andere gleichzeitig versanken. Noch deutlicher trat diese Störung des stereoskopischen Sehens beim Taxiren des Zwischenraumes zwischen einzelnen Gegenständen zu Tage, ebenso wie bei der Bestimmung der Grösse derselben und beim Beurtheilen derselben durch perspectivische Betrachtung; alle diese Folgerungsarten, die sich auf körperliches Sehen stützen, gingen fehlerhaft vor sich.

Aus der Anamnese erfahren wir, dass der Neuritis eine schwere infectiöse Puerperalerkrankung vorangegangen war, die von Temperatursteigerungen, Uebelkeit, Erbrechen u. s. w. begleitet wurde.

Im Status praesens der Patientin lenkt die andauernde Affection des Verdauungstractes, die Indicanmenge und das Eiweiss im Harn und icterische Färbung der Hautdecken und Schleimhäute in Verbindung

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit Brech- und Uebelkeitsbewegungen — eine gewisse Toxaemie — die Aufmerksamkeit auf sich.

Die psychische Störung der Patientin zeigte sich in Folgendem: Hallucinationen, Illusionen und Wahnideen waren nicht vorhanden. Das Bewusstsein war für die Gegenwart nicht gestört; sie kann von dem was sie fühlt, sieht, hört und weiss Rechenschaft ablegen; es war daher leicht, sich mit der Patientin zu verständigen, umsomehr, da sie nichts vor dem Arzt verheimlichte nnd ihren Angehörigen ihre Gedaoken mittheilte. Logische Schlussfolgerungen gingen bei der Patientin vollständig regelrecht von Statten, ihre geistigen Interessen dagegen und diejenigen Begriffe, die das Material für ihr alltägliches Denken abgaben, waren stark zusammengeschrumpft und verarmt. Die Armuth an Vorstellungen zeigte sich im Fehlen des Verlangens nach Unterhaltung und der Initiative bei derselben, sowie darin, dass sie ausgefragt werden musste und monotone Antworten gab.

Das Gedächtniss der Patientin war stark herabgesetzt, und zwar in Bezug auf vor kurzer Zeit stattgehabte Ereignisse; nur wenige von diesen letzteren waren in ihrem Gedächtniss mehr oder weniger zurückgeblieben, die Localisation derselben nach Zeit und Ort waren dabei aber gestört; der Zusammenhang der Ereignisse untereinander fehlte und in Folge dessen enthielt das Gedächtniss Lücken und die Continuität desselben war gestört.

Der Grund für diese Lücken steht mit der Abschwächung der passiven Aufmerksamkeit und mit der Unfähigkeit, die Umgebung zu beobachten, im Zusammenhang. In Folge dessen hinterliess die Umgebung nur bei activer angespannter Aufmerksamkeit einen deutlichen Eindruck, da nun aber eine solche Aufmerksamkeit nur in gewissen Intervallen vorhanden war, so musste der räumliche Zusammenhang und die zeitliche Aufeinanderfolge der Ereignisse verloren gehen. Die Verminderung der Aufmerksamkeit musste auch durch die Störung der Perceptionen beeinflusst werden, die entschieden verändert waren, und zwar ganz besonders für Gesichts-, stereoskopische und vielleicht auch noch andere Empfindungen; Dank diesem Umstande zog der betreffende Eindruck einerseits die Aufmerksamkeit auf sich und gelangte langsam zum Bewusstsein — andererseits konnte er aber — weil er bedeutend verstümmelt war — mit dem Vorrat von Eindrücken von demselben Gegenstande, die die Patientin vor der Erkrankung in sich aufgenommen hatte, zu keinem Ganzen verschmelzen.

Ausser der Verminderung des Gedächtnisses wurden auch noch Gedächtnissfehler beobachtet, Gedächtnissillusionen, hierbei fabulirte die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Patientin so überzeugt, wie ein Mensch, der wirklich erlebte Facta mittheilt.

Die Gemüthsstimmung der Patientin ist recht gleichgültig und apatisch — bei ihr ist weder Trauer, noch Furcht oder Freude vorhanden.

Irgendwelche abnormale Wünsche, Negativismus, Automatismus, stereotype Handlungen und andere Anzeichen des nicht normalen Willens zeigt Patientin nicht; sie erfüllt die Rathschläge und die Anordnungen der Angehörigen widerspruchslos.

Die hier beschriebene Erkrankung, die nach der Geburt entstanden war und mit dem Puerperium im engen Zusammenhang stand, könnte auf den ersten Blick hin den Puerperalpsychosen zugezählt werden. Da die Krankheit sich lange hinzog, müsste hier eine lange anhaltende Puerperalpsychose gesucht werden. Eine derartige Annahme findet aber gar keinen Stützpunkt in den einzelnen Daten der beobachteten Erkrankung.

Bisher sind folgende Formen von Puerperalpsychosen beschrieben worden: Mania, Melancholia, Amentia, Paranoia, Dementia paralytica, circuläres Irresein, hysterisches Irresein und epileptischer Wahnsinn. Alle diese Formen von psychischen Störungen können aus dem einen oder anderen Grunde ausgeschlossen werden.

Wir sehen hier keine Erregung der motorischen Sphäre und keine Ideenflucht, wie sie der Manie eigenthümlich ist.

Zur Diagnose Melancholie fehlen Angstgefühl und Wahnideen (Vorwürfe, Selbstanklagen).

Bei der Amentia besteht eine bedeutende Verwirrtheit und mit solchen Patienten lässt sich unmöglich eine Unterhaltung führen. Die Aufmerksamkeit ist bei dieser Erkrankungsform wenig gestört, aber Illusionen und Hallucinationen hindern die regelrechte Perception. Ausserdem besteht eine motorische Reizbarkeit.

Auch Dementia acuta und paralytica können aus dem Grunde ausgeschlossen werden, dass der Patient in Bezug auf längst verflossene Ereignisse vollständig gut orientirt ist, Geschichtskenntnisse besitzt, über die ihn umgebenden Personen richtige Schlüsse ziehen kann und für sich selbst sorgt (Hunger, Durst, Befriedigung der physiologischen Bedürfnisse).

Für die Diagnose Paranoia fehlen Wahnideen und die dieser Krankheit eigenthümliche Reizbarkeit.

Der hysterische Wahnsinn wird durch die grosse Zahl der Hallucinationen charakterisirt, die in unserem Falle fehlen.

Für epileptischen Wahnsinn fehlen in der Anamnese Hinweise auf

Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Epilepsie; im Status praesens fehlen Furcht, erregende Hallucinationen, Affect, automatische Handlungen u. s. w.

Bei Dementia praecox, zu deren Gunsten in unserem Falle die völlige Gleichgültigkeit der Patientin sprechen könnte, würden wir bei gut erhaltener Aufmerksamkeit einen Verlust von Geistesemotionen vorfinden — in unserem Falle sind die Emotionen zwar geschwächt, aber dennoch immer vorhanden (das Verlangen nach Hause zu fahren, die Kinder zu sehen, wobei sich Thränen in den Augen zeigen); die Abschwächung der Aufmerksamkeit aber ist scharf ausgeprägt und in Folge dessen verfolgt die Patientin die Vorgänge in ihrer Umgebung nur mit Mühe oder bemerkt sie auch gar nicht; ferner fehlen hier Negativismus, Stereotypie u. a. charakteristische Symptome.

Aus der Zahl anderer psychischer Erkrankungen, ausser den Puerperalpsychosen, könnte, in Anbetracht des bei unserer Patientin charakteristischen Symptoms des Fabulirens, dass seit der Zeit Sully's Gedächtnissillusionen genannt wird, noch an Presbiophrenia und Dementia senilis gedacht werden; das Alter unserer Patientin schliesst aber diese Erkrankungsformen ohne weiteres nicht aus.

Andererseits werden alle aufgezählten Symptome, und zwar die Aufmerksamkeitsschwächung, der Gedächnissverlust für unlängst geschehene Ereignisse, die ruhige Gleichgültigkeit der Umgebung gegenüber sammt der multiplen Neuritis und die Neigung zum Fabuliren — gerade bei derjenigen Erkrankungsform beobachtet, die von Korsakow polyneuritische Psychose genannt wird. Die zuletzt genannte Erkrankung muss also auch in unserem Falle diagnosticirt werden.

2. Eine zweite, hier gehörige Patientin habe ich nur zweimal gesehen, und zwar das erste Mal auf Aufforderung des Herrn Collegen A. J. Jantschenko.

Frau Tur . . ., 37 Jahre alt. Zwei lebende Kinder von 16 und 9 Jahren. Ein Kind (die vierte Schwangerschaft) wurde im 7. Schwangerschaftsmonate geboren und lebte nur 2 Tage. In der Zwischenzeit ein Abort. Der letzte Abort im sechsten Schwangerschaftsmonat im Juni 1901. Das Puerperium verlief fieberhaft und wurde von starker Stuhlverstopfung begleitet. Der Darmcanal functionirte im Verlauf von $2^1/_2$ Wochen gar nicht und selbst die stärksten Abführmittel hatten keine Wirkung. Diese ganze Zeit über war die Temperatur erhöht; das Gesicht war schwarz geworden (icterische Färbung?); in den unteren Extremitäten zeigten sich zeitweilig stechende Schmerzen. Nach dem Aufhören der Stuhlverstopfung verspürte Patientin Leibschmerzen, Uebelkeit und erbrach. Im Harn wurde zu dieser Zeit Eiweiss constatirt. Die Haut transpirirte stark und war äusserst empfindlich geworden. Durchfälle waren nicht vorhanden. Die unteren Extremitäten magerten sehr schnell ab und wurden schwach.

Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Einen Monat nach dem Abort erreichten die Schmerzen bei Frau T. ihren höchsten Culminationspunkt und nahmen den Charakter von Anfällen an, die von einer unwillkürlichen Anspannung der Flexoren der oberen und unteren Extremitäten begleitet wurden. Die Flexionsstellung der Extremitäten (Beugung in den grossen Gelenken) dauerte auch in der Periode der Abnahme der Schmerzen weiter fort. Schon ganz im Anfang des Puerperiums fiel es auf, dass das Gedächtniss der Patientin geschwächt war; die Folge hiervon war, dass Frau T. sich nicht nur der Ereignisse der letzten Woche, sondern auch desselben Tages durchaus nicht erinnerte. Einige Nächte hindurch hatte die Patientin hallucinirt; der Inhalt der Hallucinationen war jedoch eine indifferenter und regte sie wenig auf. Wahnideen waren nicht vorhanden. Patientin hat niemals alkoholhaltige Getränke zu sich genommen.

Als ich Frau T. fünf Monate nach dem Beginn der Erkrankung untersuchte, konnte ich eine typische multiple, periphere Neuritis constatiren, und zwar in der Form, die von Dejerine unter dem Namen Tabes peripherique oder neurotabes beschrieben wurde.

Die Hautfarbe ist schmutzig, das Gesicht ist icterisch gefärbt. Die Schleimhäute sind blass; die Schleimhaut des harten Gaumens ist stark icterisch gefärbt, die Zunge ist trocken, rissig und unrein. Der Leib ist mit Fäcalmassen angefüllt und schmerzhaft, und zwar ganz besonders im Gebiet der Leber und beider Nieren; die Leber tritt zwei Querfinger breit unter dem Rippenrande hervor. Die Herzgrenzen sind unverändert, die Herztöne sind nicht ganz rein. Nonnensausen über der V. jugularis.

Starke Störungen wies das Nervensystem der Patientin auf. Es waren äusserst deutliche Anzeichen von Ataxie vorhanden; die Patientin konnte ohne fremde Hülfe weder mit offenen Augen, noch viel weniger mit geschlossenen Augen durch das Zimmer gehen. Mit geschlossenen Augen zu stehen, war ihr unmöglich: sie schwankte hierbei und fiel. Beim Vorwärtsschreiten hob sie die Füsse sehr hoch, hierbei waren die Fussspitzen gestreckt und schleiften auf dem Fussboden. Der Körper der Patientin war stark abgemagert, und zwar ganz besonders die unteren Extremitäten. Die Unterschenkelmuskeln waren stark atrophirt. Abmagerung der Muskulatur wurde auch an den Unterarmen und Händen constatirt; die willkürlichen Bewegungen der oberen Extremitäten wichen übrigens nur wenig von der Norm ab und nur die stark herabgesetzte Kraft derselben und die Muskelatrophie sprachen zu Gunsten einer Affection der peripheren Nerven. An den unteren Extremitäten sind einige Bewegungen vollständig unmöglich, und zwar kann die Patientin die Zehen gar nicht strecken und den Fuss nicht heben.

Die Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung sind hauptsächlich in den distalen Theilen der Extremität vermindert. Das Muskelgefühl weicht nicht von der Norm ab. Das Ortsgefühl ist stark herabgesetzt — die Fehler, die die Patientin hierin macht, sind um so grösser, je schneller das Tempo der Untersuchung ist. Stark gestört ist die Stereognose für kleine Gegenstände; der Unterschied der Oberflächentemperatur, das Material der Gegenstände und das Gewicht derselben erleichtern das Errathen der Gegenstände nicht.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Geschmack, Geruch und Gehör weichen nicht von der Norm ab. Das Gesichtsfeld ist nicht eingeengt. Die Accommodation und die Bewegungen der Augen nach allen Richtungen hin sind normal. Beim Bestimmen der Grösse der Gegenstände, ihrer Entfernung von einander, ihrer Form durch Ansehen (ganz besonders beim perspectivischen Ansehen), sowie überhaupt beim stereoskopischen Sehen werden starke Fehler gemacht.

Die Haut- und Sehnenreflexe sind von allen Extremitäten vollständig verschwunden.

Die Hautreflexe des Bauches, der Conjunctivareflex, der Uvularreflex und der Reflex der hinteren Pharynxwand sind normal.

In gleicher Weise normal sind sämmtliche Formen des Pupillenreflexes.

Harnblase und Rectum functioniren normal. Fibrilläres Zittern ist nicht vorhanden. Die peripheren Nervenstämme sind bei Druck stark empfindlich.

Die Patientin ist äusserst apathisch. Beim Erscheinen beider Aerzte, von denen der eine zum ersten Mal kam, der andere die Patientin beständig besuchte, setzte sie ihre Beschäftigung fort (trank Milch) und zeigte weder eine Erregung, noch ein Interesse für das Erscheinen der Aerzte. Mit beiden begrüsste sie sich gleichgültig, vollständig mechanisch und unterschied augenscheinlich beide Personen nicht von einander. Gestellte Fragen beantwortet sie langsam, mit Zwischenpausen und spannt dabei ihre Aufmerksamkeit an; selbst unterhält sie sich gar nicht.

Die Erkundigungen über ihren Gesundheitszustand ergaben merkwürdig monotone und beschränkte Klagen. Auf die Bitte hin mitzutheilen, was sie beunruhigt, wiederholte sie mehrfach und auf verschiedene Art mit Zwischenpausen, so als wenn sie bemüht wäre, sich daran zu erinnern, dass sie schlecht schlafe (was de facto aber nicht der Fall war, wie ihre Angehörigen mittheilten). Von diesem Thema über den Schlaf konnte sie nur durch beständiges Ablenken auf andere Themata von Seiten des Arztes abgelenkt werden.

Von den Umständen, die den Beginn der Erkrankung begleiteten, d. h. vom Abort und Wochenbett, weiss die Patientin gar nichts; den Abort verneint sie überhaupt, obgleich sie ausser der eigenen Kenntniss hiervon noch häufig über denselben hat sprechen hören. Um irgend etwas auf die Frage zu antworten, woran sie vor 5 Monaten erkrankt war, antwortete sie, „dass sie nur so gelegen habe"; sie erinnert sich der Namen der Aerzte nicht, die sie besucht haben. Den Beginn der Erkrankung und den laufenden Tag und Monat kann sie nicht nennen. Sie nimmt an, dass sie auf dem Lande ist und behauptet, nachdem ihr durch das Fenster die Stadthäuser gezeigt werden, dass sie in Umanj (de facto befindet sie sich in Kiew) ist. Sie behauptet, mit mir nicht bekannt zu sein (die Patientin sieht mich in der That zum ersten Mal); als ich ihr aber kategorisch sagte, dass ich sie schon lange behandle, meint sie sofort, dass sie mich nur schlecht angesehen habe, sich aber jetzt gut erinnert, dass ich bei in Tarnow (ihr Gut) gewesen bin (ich bin nie dort gewesen). Hierauf stelle ich die Frage, aus welchem Grunde ich dort gewesen bin. „Des Gesundheitszustandes des Mannes wegen". Auf die Anfrage über ihre nächtlichen Schmerzen in den Beinen antwortet sie verneinend, obgleich ihre Ange-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hörigen mittheilen, dass sie ihr beständiges Stöhnen in der Nacht durch starke Schmerzen in den Beinen erklärt; dass sie nicht in den Garten und auf die Strasse geht und nicht weiss, was in ihrer ländlichen Wirthschaft vor sich geht, erklärt sie nicht durch Schmerzen und Schwäche in den Beinen, sondern durch Fehlen von Interesse für alle diese Dinge. „Hiermit beschäftigt sich mein Mann", antwortet sie auf alle diese Fragen.

Auf von den Angehörigen gestellte Fragen antwortet sie immer, erdichtet aber, wie ihr Mann sagt, „erbarmungslos". Auf die Frage, wo sie vor 2 Wochen gewesen ist, theilt sie mit, dass sie in Warschau gewesen ist, corrigirt sich dann aber und sagt „in Umanj". Ihr Verweilen in Kiew motivirt sie dadurch, dass sie beim Nachexamen ihres Sohnes zugegen sein muss (der de facto keinerlei Nachexamen zu bestehen braucht). Auf die mit Bestimmtheit gestellte Frage, was sie sich gestern auf der Hauptstrasse eingekauft habe (de facto geht Patientin gar nicht aus), antwortet sie, dass sie sich einen Ueberwurf und graues Zeug zu einem Kleide gekauft habe. „Was hat denn das gekostet?" — „Dreissig Rubel" u. s. w."

An längstverflossene Ereignisse erinnert sie sich gut. Sie kennt ihr Geburtsjahr, das Jahr ihrer Heirath, das Geburtsjahr ihres ersten Kindes und das Todesjahr ihres Vaters. Sie erinnert sich dessen, wo sie mit ihrem Manne getraut worden ist.

Die Patientin macht richtige Schlussfolgerungen. Z. B. auf die Frage, „warum ist die Wange Ihres Kindes verbunden?" antwortet sie „es hat Zahnschmerzen". „Hat sich das Kind denn erkältet?" „Ja, bei uns giebt es häufig Zugwind". „Warum kommen so viele Gymnasiasten aus dem gegenüberliegenden Hause?" „Dort ist eine allgemeine Wohnung". „Warum ist Ihr Töchterchen so blass?" „Sie sitzt im Zimmer und sieht keine Sonne". „Warum säen Sie auf Ihrem Gute keinen Tabak?" „Er verlangt zu viel Pflege". „Was säen Sie gewöhnlich? „Zuckerrüben und Hirse" u. s. f. Unsinn spricht sie nicht. Hallucinationen, Illusionen und Wahnideen sind nicht vorhanden.

Ihre Aufmerksamkeit ist stark herabgesetzt. Seit ihrer letzten Erkrankung zeigt Frau T., nach den Aussagen ihres Mannes, starke Zerstreutheit. Am Morgen des Tages meines Besuches hatte sie vergessen, ihr Kleid anzuziehen und erschien zum Morgenthee nur in Hosen und schämte sich stark, als sie darauf aufmerksam gemacht wurde. Vor einigen Tagen verdünnte sie ihren Thee nicht mit heissem Wasser aus der Theemaschine, sondern mit Selterswasser aus dem nebenbei stehenden Siphon u. s. w. Man kann mit ihr unmöglich eine Unterhaltung führen, da sie beständig vergisst, worüber gesprochen wird.

Das Schreiben ihrer kleinen Tochter, das von orthographischen und syntactischen Fehlern wimmelt, kann die Patientin nicht corrigiren. Einen Abschnitt aus einer Zeitung, der die Beschreibung eines Mordes einer ganzen Familie von 6 Menschen enthält, den Frau T. laut vorgelesen hat, kann sie nicht wieder erzählen; sie liest ziemlich geläufig, einige Mal jedoch las sie ein und dieselbe Zeile 2 bis 3 mal, wohl weil sie sich beim Uebergang auf die neue Zeile versehen hatte und bemerkte diese Wiederholung nicht.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir haben es in diesem Falle ebenso wie im vorhergehenden mit einem Leiden des peripheren Nervensystems zu thun, und zwar in der Form einer multiplen Neuritis. Aeusserst interessant ist die Störung der Stereognose in den Fingern und des stereoskopischen Sehens.

Gleichzeitig erfahren wir durch die Anamnese, dass die Patientin eine puerperale Infectionskrankheit durchgemacht hat, eine deutlich ausgesprochene icterische Färbung der Hautdecken, Erbrechen, langanhaltende Verstopfung und Eiweiss im Harn sind noch jetzt erhalten geblieben und haben schon früher den Aerzten den Anlass dazu gegeben, eine pathologische Zusammensetzung des Blutes anzunehmen.

Die psychische Erkrankung der Frau T. äusserte sich in Folgendem: Das Bewusstsein der Patientin war nur in Bezug auf ihre eigene Person und auf den gegenwärtigen Augenblick klar. Die Umgebung interessirte sie wenig. Um sich von ihrer Umgebung Rechenschaft abzulegen, muss Frau T. jedesmal ihre Aufmerksamkeit anspannen.

Hallucinationen und Wahnideen waren nicht vorhanden. Logische Schlussfolgerungen vollzogen sich regelrecht. Die Continuität des Bewusstseins ist bei der Patientin stark gestört; den räumlichen Zusammenhang und die Aufeinanderfolge der Ereignisse waren eingebüsst. Die Zahl der Begriffe, die ihr tägliches Gedankenmaterial ausmachen, ist gering und sie empfindet keinerlei Verlangen, sich durch Unterhaltung u. d. m. ihren Angehörigen mitzutheilen.

Das Gedächtniss der Patientin war stark geschwächt. Die Erinnerung an längstverflossene Ereignisse war eine gute, aber Ereignisse neueren Datums, und zwar solche, die nach der Erkrankung an Neuritis vorgefallen waren, waren aus dem Gedächtniss vollständig verschwunden. An Stelle der fehlenden Facta erfindet Frau T. nicht vorhandene und, mit diesen Gedächtnissillusionen in der einen oder anderen Weise fabulirend, vertheilt sie dieselben in Raum und Zeit, so dass sie glaubwürdig erscheinen.

Auch die Aufmerksamkeit zeigte eine bedeutende Störung, und zwar war dieselbe herabgesetzt, was ganz besonders von der passiven Aufmerksamkeit gilt. Gleichzeitig waren Störungen im Gebiet des Willens in Form von Unbeweglichkeit, Gleichgültigkeit und Fehlen von irgend welchen Bestrebungen und Wünschen u. s. w. bemerkbar. Andererseits fehlten Eigensinn, Automatismus, Negativismus und Stereotypie.

Was die Differentialdiagnose des gegebenen Falles anbetrifft, so können wir uns auf demselben Wege, den wir in unserem ersten Falle eingeschlagen haben, davon überzeugen, dass wir es hier mit einer polyneuritischen Psychose Korsakow's zu thun haben.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III.

Die hier beschriebenen Bilder der Geisteserkrankung bieten ein doppeltes Interesse. Erstens haben wir es mil einer psychischen Störung bei Wöcherinnen zu thun und zweitens beobachten wir gleichzeitig eine multiple Erkrankung der peripheren Nerven.

Die beschriebene Psychose ist, ganz besonders zur Zeit des Puerperiums, nur in einer kleinen Anzahl von Fällen beschrieben worden.

Korsakow (30) führt in seinem Aufsatz: „Zur Störung der psychischen Thätigkeit bei alkoholischer Paralyse und zur Beziehung derselben zur Polyneuritis“ zwei Krankengeschichten einer derartigen Psychose im Wochenbett (IV. und V. Beobachtung) an.

In einem Falle (IV) verspürte die 28jährige Frau in der ganzen Zeit vor der Geburt Schmerzen im N. ischiadicus, hierauf gebar sie ein todtes Kind, wonach sich äusserst schnell eine Polyneuritis entwickelte. Drei Wochen nach der Geburt sah Korsakow die Patientin und constatirte bei ihr Hang zum Fabuliren, Amnesie, Unkenntniss kurz verflossener Ereignisse, nächtliches Angstgefühl und Hallucinationen. Eine vollständige Wiederherstellung der Patientin wurde nach vier Jahren constatirt.

Der andere Fall (V) Korsakow's, in dem eine 22jährige Frau beschrieben wird, kann nur relativ zu den puerperalen Neuritiden gerechnet werden, da die multiple Neuritis sich erst 2 Monate nach der Geburt entwickelte.

Einen sehr demonstrativen Fall dieser Psychose finden wir in der von Korsakow (30) und Serbsky publicirten Arbeit. Diese Autoren beschreiben eine Polyneuritis und eine typische psychische Störung, die während einer Extrauteringravidität mit todter Frucht entstanden war. Da aus naheliegenden Gründen in diesem Falle die Geburt nicht vor sich gehen konnte, musste die todte Frucht per laparotomiam entfernt werden, in Folge complicirter Adhäsionen mit Harnblase und Darm bildeten sich Harn- und Kothfisteln.

Bei dieser Patientin bestand verwirrtes Bewusstsein, Amnesie, Confabulation, in der Nacht und am Abend Erregung und Hallucinationen.

Ferner finden wir eine von Desnas-Joffroy-Pinard (13) gesammelte Beobachtung; in derselben wird der Zustand einer Frau X. beschrieben, die im 6. Schwangerschaftsmonat an multipler Neuritis erkrankte, der Erbrechen voranging. Gleichzeitig zeigte sich eine deutliche Störung der Psyche, eine Schwächung des Intellectes und des Gedächtnisses. Bei der Patientin wurde eine künstliche Frühgeburt eingeleitet und nach 2 Jahren trat völlige Genesung ein.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diese Beobachtung von Desnas-Pinard kann jedoch, im Gegensatz zu Chancelay (11) und Lamy (35), nicht eine puerperale Neuritis genannt werden, wenn man berücksichtigt, dass die multiple Neuritis während der Schwangerschaft entstanden war und zum Geburtsact in keinerlei Beziehung stand. Am ehesten könnte der Fall von Desnas-Pinard eine Neuritis der Schwangeren — Neuritis gravidarum genannt werden.

Ferner kann man sich mit Lamy nicht einverstanden erklären, dass dieser Fall von puerperaler Neuritis der erste der überhaupt beschriebenen sei (les premier cas paru de névrite puerpérale généralisée). Schon zwei Jahre vorher hatten Fischer (19) und Möbius (40) eine ganze Serie derartiger Fälle von puerperaler Neuritis beschrieben.

Wir finden also, selbst wenn wir die nicht vollständig der Aetiologie nach entsprechenden, citirten Fälle mitrechnen, in der Literatur nur vier Beobachtungen einer polyneuritischen Psychose im Puerperium. Andererseits ist die Zahl von Beobachtungen einer rein puerperalen Neuritis ohne Psychose auch nicht gross [Winscheid (65), Remak-Flatau (50b)]. In Folge dessen bieten die angeführten Beobachtungen ein bedeutendes Interesse dar.

Von besonderer Bedeutung ist in den angeführten Krankengeschichten der Umstand, dass bei beiden Patientnnen bei der Aetiologie der Erkrankung Alkoholeinfluss fraglos ausgeschlossen werden kann und dass diese Fälle folglich die Ansicht Korsakow's bestätigen, dass der beschriebene Symptomencomplex bei Polyneuritis ohne Mitbetheiligung von Alkoholwirkung beobachtet wird.

Was die Aetiologie der beschriebenen Störungen im Allgemeinen anbetrifft, so geben die angeführten Fälle Anlass zu folgenden allgemeinen Annahmen:

Die Polyneuritis kann nicht als Grund der Psychose angesehen werden. Es ist natürlicher vorauszusetzen, dass beide Erkrankungen das Resultat ein und derselben Ursache sind, die bei der Ausbreitung über das Nervensystem einerseits die peripheren Nerven und andererseits die Grosshirnrinde erfasst und die Erkrankung in der Form begünstigt, wie wir sie hier sehen. Diese Ursache, scheint es, steht zu dem Geburtsact nur in indirecter Beziehung, und zwar nur insoweit, als die Geburt einerseits den Organismus schwächt und andererseits äusserst günstige Bedingungen für das Eindringen verschiedener schädlicher Elemente in das Blut und in die Gewebe des Körpers begünstigt. Mit Sicherheit kann angenommen werden, dass die Ursache des Leidens in einer Vergiftung des Organismus durch Lebensproducte der Mikroorganismen oder durch Resultate eines Zerfalles derselben besteht.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Annahme, dass die Geisteserkrankungen in Folge von Vergiftung mit verschiedenen chemischen Producten entstehen können, gewinnt immer mehr und mehr an Wahrscheinlichkeit.

Gegenwärtig können wir in dieser Beziehung eine heterogene und endogene Vergiftung unterscheiden. Im ersten Falle dringt das präformirte Gift von aussen her in den Organismus ein, im zweiten Falle werden die Toxine im Organismus selbst hergestellt.

Geisteserkrankungen bei heterogener Vergiftung bildeten schon seit langer Zeit den Gsgenstand von Beobachtungen. Ein typisches Beispiel für Geistesstörungen, mit genannter Aetiologie, bietet sich uns in den Psychosen der Arbeiter, die mit Bleisalzen, Quecksilber, Schwefelkohlenstoff und Kohlenstoffoxyd zu thun haben. Bekannt sind auch die Geistesstörungen bei Secale-, Latyrus-, Mais-, Cocain-, Atropinvergiftungen u. s. w.

Die Geistesstörungen, die in Folge von endogener Vergiftung entstehen, müssen äusserst zahlreich sein, sind bis jetzt aber noch nur sehr wenig erforscht.

Die einfachsten von ihnen sind die von Charpentier (10b) zuerst bei Diabetes untersuchten.

Sehr demonstrative Psychosen bei Albuminurie demonstrirte (1899—1900) Joffroy in seinen Vorlesungen. In seinen Fällen trat Verwirrtheit und hallucinatorisches Phantasiren auf, sobald Eiweiss im Harn auftrat, und jedesmal bewirkte eine entsprechende Behandlung, die eine normale Harnzusammensetzung hervorief, eine Klärung der Psyche. Das Verschwinden der Psychose ging mit einer Abnahme des Eiweissgehaltes im Harn einher.

Brower (9) gelangte auf Grund von Daten aus der Literatur und von persönlichen Beobachtungen zu dem Schluss, dass eine Nierenerkrankung und hierdurch eine Anhäufung von schädlichen Producten im Blut nicht nur eine, sondern mehrere verschiedene Arten von Psychosen nach sich zieht.

Ferner ist eine Reihe von psychischen Störungen in Folge von Vergiftung durch Aufsaugung von Producten veränderter Verdauung aus dem Darm constatirt worden.

Wagner (64) sah einige solche Fälle, in denen er über die Functionsstörungen des Verdauungstractes aus dem vermehrten Procentgehalt des Harnes an Indican urtheilte; eine Abnahme dieses letzteren wurde von einer Wiederherstellung der geistigen Gesundheit begleitet.

Eine Reihe von Autoren [Frankl-Hochwart (17) u. A.], die Tetanuspsychosen beschrieben, bringen diese Erkrankung zu Störungen des Magen-Darmtractes in Beziehung.

Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Regis und Chevalier (48) erachteten es für gerechtfertigt eine besondere „viscerale Psychose" zu constatiren, deren Entwickelung, ihrer Ansicht nach, von einer Ansammlung abnormaler Producte, die aus dem Verdauungscanal in das Blut gelangen, begünstigt wird.

Bekannt sind die Geistesstörungen, die sich in Folge einer ungenügenden Desinfection der Leber entwickeln.

Burrow und Hammond (12) (nach Choirin citirt), Delay et Fowille (12) (ibidem) haben eine, dem Icterus parallel verlaufende Melancholie beobachtet, wobei die Geistesstörung verschwand, sobald die regelrechte Function der Leber hergestellt worden war.

Klippel (29) beschrieb einen „Leber"-Wahnsinn, den er durch eine ungenügende antiseptische Function der Leber erklärt.

Bekannt sind psychische Störungen, die in Folge einer ungenügenden Function der Glandula thyreoidea oder durch eine veränderte Production derselben (bei Myxödem, Cachexia strumipriva, Kropf) entsteht.

Aeusserst wenig erforscht sind diejenigen Formen psychischer Störungen, die in Folge von Entwickelung verschiedener Mikroorganismen im Körper entstehen. Die in dieser Hinsicht gethanen Schritte haben Parasiten und Bacterien in den Gefässen Geisteskranker aufgedeckt. Solche Funde wurden nicht nur im Blut von fiebernden, sondern auch von fieberfreien Patienten gefunden.

Bekannt sind z. B. Psychosen bei Malaria, deren specifische Abhängigkeit von den im Blut befindlichen Plasmodien gegenwärtig keinem Zweifel unterliegt.

Bei Delirium actum constatirten Bianchi und Piccino (6) mehrfach eine bestimmte Art von Bacillen.

Ceni (10) beobachtete Verwirrtheit bei zwei Patienten, die keine Fiebersymptome aufwiesen und bei denen, bei dem einen Staphylococcus pyogenes und beim anderen Bacillus coli im Blut gefunden wurden.

In vielen Fällen von Psychosen, die fieberhaft verliefen, obgleich keine Mikroorganismen gefunden wurden, kann dennoch höchst wahrscheinlich die Anwesenheit von Bacillen oder von Producten ihrer Lebensthätigkeit im Blut angenommen werden. Diese letztere Annahme befindet sich in voller Uebereinstimmung mit der toxischen Eigenschaft des Harnes fieberhafter Patienten, was so vorzüglich durch die Arbeiten von Bouchard (8), Gautier (20) und Griffith (21) bewiesen wird.

Aus diesem Grunde müssen Infectionskrankheiten als Ursache von Vergiftungen mit metabolischem Gift angesehen werden, das von Mikroben in einem Organismus erzeugt wird, dessen Widerstandsfähigkeit geschwächt ist. Wochenbettserkrankungen gehören hierher. Dieselben sind im Allgemeinen infectiös zu nennen, wenn die Temperatur während

Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

derselben erhöht ist und von diesem Gesichtspunkt aus sind sowohl unsere beiden Beobachtungen, wie auch alle Beobachtungen von Korsakow de facto Infectionskrankheiten.

Die italienischen Psychiater, wie Bianchi, Mangiagilli und Balli sind der Ansicht, dass puerperale Psychosen einen rein infectiösen Ursprung haben. Der gleichen Ansicht ist Mongeri (43), der sich auf diese Autoren bezieht; er beschreibt einen äusserst interessanten Fall einer puerperalen Psychose mit maniakalischer Erregung und erhöhter Temperatur bis 39° C. Mongeri nahm an, dass die Psychose in diesem Falle einen infectiösen Ursprung habe, injicirte in die Venen Antistreptococcusserum und erreichte nach 9 Wochen eine vollständige Wiederherstellung der Patientin. Schon die erste Injection hatte ein Sinken der Temperatur und ein völliges Verschwinden der maniakalischen Erregung zur Folge. Nach der sechsten Injection nahmen die Angehörigen angesichts der völligen Wiederherstellung der Psyche die Patientin nach Hause, die Temperatur stieg aber wieder und gleichzeitig trat ein neues Stadium von maniakalischer Erregung auf; in diesem Zustande verblieb Patientin einige Tage zu Hause, wurde aber dann wieder in das Krankenhaus gebracht, wo die wohlthätigen Injectionen bis zur völligen Genesung fortgesetzt wurden. Nach der Ansicht des Autors ist es klar, dass in diesem Falle eine Infectionskrankheit bestanden hat, die eine Psychose nach sich gezogen hatte.

Welche Beziehungen die angeführten Daten zur Aufklärung der Aetiologie unserer beider Fälle haben, erhellt aus Folgendem.

In unseren beiden Fällen war eine Infectionskrankheit vorhanden. Der Harn beider Patientinnen enthielt Eiweiss und Indican. Bei beiden Patientinnen war eine Störung des Magen-Darmtractes vorhanden, die sich durch Uebelkeit, Erbrechen, belegte Zunge, Foetor ex ore, schmerzhafte Leber, Vergrösserung derselben und durch icterische Färbung der Haut äusserte. Mit vollstem Recht kann angenommen werden, dass in beiden Fällen der Verdauungscanal der Herd von Fäulnissprocessen war und dass gleichzeitig die antiseptische Function der Leber herabgesetzt war. In Folge alle dieser Bedingungen wurden im Blut der Patientinnen Darmfäulnissproducte gelöst und das Blut war im höchsten Grade toxisch. Auf Grund des Gesagten können wir annehmen, dass sich in der Aetiologie unserer Fälle ein complicirtes, toxisches Moment, und zwar enterogenen Ursprungs befindet, zu dessen Entstehung, die durch die Geburtswege oder den Darmcanal eingedrungenen Mikroorganismen den Anstoss gegeben haben; im weiteren Verlauf konnten sich toxische Substanzen, die aus dem Darmcanal aufgesogen wurden, sowie schädliche Elemente, die bei Albuminurie im Blut circuliren, hinzugesellen.

Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Von diesem Gesichtspunkt ausgehend, müssen wir uns mit Korsakow darin vollständig einverstanden erklären, dass diese Psychose einen toxischen Ursprung hat und die von ihm vorgeschlagene Bezeichnung „toxaemica" muss als vollständig gerechtfertigt erachtet werden, da die Gifte, die in analogen Fällen zu so umfangreichen und gleichzeitigen Störungen des peripheren und centralen Nervensystems führen, im Blut circuliren müssen, um derartige Resultate hervorzurufen.

Den wirklichen Facten vollständig entsprechend erscheint auch die Ansicht Korsakow's von der Erkrankung des Grosshirns bei dieser Psychose, aus welchem Grunde er die beschriebene Erkrankung auch „Cerebropathia" nennt.

Die Arbeiten von Suchanow (58), Ballet (3), Wyrubow (63), sowie die Untersuchungen Korsakow's constatirten eine Reihe äussert feiner Veränderungen in den Zellen und den Associationsbahnen des Grosshirnes.

Unsere beiden Fälle, die sich auf eine klinische Beobachtung beschränkten, können keine so grosse Bedeutung haben, wie die soeben angeführten Arbeiten. Viele klinische Besonderheiten gestatten es jedoch darauf zu schliessen, dass einige Theile des Grosshirnes, und zwar der Rindentheil desselben mehr oder weniger beschädigt waren, wodurch ihre Function gestört wurde.

Zu Gunsten dieser Annahme sprechen die Störungen in der stereognostischen Bestimmung von Gegenständen durch Betasten und in der Fähigkeit stereoskopisch die Entfernung und die Grösse der Gegenstände zu taxiren.

Was die Stereognosie anbetrifft, so gilt es gegenwärtig für mehr oder weniger feststehend, dass diese Function in der Hirnrinde, und zwar des oberen Theiles der Scheitelgegend centralisirt ist.

Die Störung in der Beurtheilung der Entfernung, Grösse und Form der Gegenstände, die von Hartmann (13b) (851) sehr treffend „optische Aphasie, in Folge von Astereoskopie" und von Anton (1) „Tastblindheit des Auges" genannt wird, entsteht in Folge einer ungenügenden Verarbeitung der sensorisch-optischen Eindrücke und der Augenbewegungsempfindungen oder nach Exner des Muskelgefühls der Convergenz. Diese Verarbeitung findet in einem bestimmten Territorium der Grosshirnrinde statt, an einem besonderen Centrum, das im unteren Theil der Scheitelgegend liegt [Tiling, Thomsen, Pick (46b)].

Die Störung der Stereognosie, die nicht durch eine Erkrankung des Rückenmarkes erklärt werden kann, und die Tastblindheit des Auges weisen also auf eine Herderkrankung im Grosshirn hin, und zwar ist hierbei, wie es vorzüglich durch die citirten Arbeiten von Hartmann,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anton, Tiling, Thomsen und Pick aufgedeckt worden ist, die Hirnrinde im Gebiet des optisch-motorischen Centrums von Anton — im unteren Theil der Scheitelgegend und des Centrums der stereognostischen Associationen — im oberen Theil der Scheitelgegend organisch afficirt.

Es ist möglich, dass die Herabsetzung der Aufmerksamkeit, die Mühe des Sichorientirens und die Abnahme der Fähigkeit etwas zu bemerken, nicht nur durch die ungenügende Klarheit der Eindrücke, die durch die veränderten Nerven weiter geleitet werden, erklärt werden muss, sondern auch noch durch die erschwerte Verarbeitung und Verbindung der Eindrücke unter einander und mit dem Vorrath der früher schon empfangenen Eindrücke. Letzteres wird dann zu Stande kommen, wenn die Associationsbahnen organisch lädirt sind, wie es Korsakow, Ballet und Suchanow gefunden haben.

Die Bezeichnung „Cerebropathia" für die erwähnte Psychose von Seiten Korsakow's ist also auch vom klinischen Gesichtspunkt aus vollständig gerechtfertigt.

Einige Worte der Replik verdienen noch diejenigen Erwiderungen, die gegen die Verbindung dieser Psychose mit der Polyneuritis und speciell gegen die Bezeichnung „Psychosis polyneuritica" erhoben wurden.

Die Gegner dieser Ansicht behaupteten nämlich, dass dieses Syndrom ohne eine multiple Entzündung der Nerven beobachtet werden könne, und dass ein Erwähnen der Neuritis deswegen bei der Benennung der Geisteserkrankung nicht am Platze sei. Diese Behauptung — vom Auftreten der Psychose unabhängig von der Neuritis — hat einen um so grösseren Werth, als sie vollständig richtig ist; auch wir haben drei derartige Fälle gesehen, in denen anfangs keine Anzeichen von Neuritis vorhanden waren, wo es sich aber späterhin herausstellte, dass diese Symptome in demonstrativer Form nur im Anfang der Krankheit fehlten; im weiteren Verlauf der psychischen Störung aber trat die multiple Erkrankung der peripheren Nerven äusserst deutlich zu Tage.

3. Die 42jährige Frau Berejnaia, Einwohnerin von Kiew, die immer eine sehr mässige Lebensweise geführt und den Genuss alkoholischer Getränke vermieden hat, erkrankte im Herbst 1903 nach einer Erkältung während der Menses an Salpingitis und Parametritis. Der behandelnde Arzt Dr. Lewitzky verordnete ihr Bettruhe, Eisbeutel u. s. w.

Diese locale Therapie, die im Verlauf von 8 Wochen durchgeführt wurde, erzielte jedoch keine besonders guten Resultate. Die Patientin fieberte die ganze Zeit über (die Temperaturcurve war eine äusserst unregelmässige) und der Leib blieb schmerzhaft. Gleichzeitig traten bei der Patientin Durchfälle ein und der Appetit schwand vollständig; zeitweilig trat Uebelkeit und sogar

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erbrechen auf. Der Schlaf war schlecht. Auf einem Consilium, das 2 Monate nach dem Beginn der Erkrankung zusammenberufen wurde und an dem Prof. Obraszow, Prof. Janowsky und Dr. Lewitzky theilnahmen, wurde eine Enterocolitis angenommen und constatirt, dass die erhöhte Temperatur durch den localen Process in den Geschlechtsorganen bedingt wird. Das periphere Nervensystem erwies sich bei dieser Untersuchung als normal. In der psychischen Sphäre wurde eine gewisse Depression und Zerstreutheit constatirt.

Im Verlauf der auf dieses Consilium folgenden Wochen schritt die Verschlimmerung im Zustande der Patientin weiter fort. Nachts phantasirte die Patientin, der Appetit wurde schlechter, die Abmagerung nahm weiterhin zu und die Temperatur blieb die ganze Zeit über erhöht. Ausserdem bemerkten die Angehörigen der Patientin eine starke Vergesslichkeit derselben.

Auf einem nochmals zusammenberufenen Consilium, an dem ausser Prof. Obraszow, Prof. Janowsky und Lewitzky auch ich theilnahm, konnte bei der Patientin ein Fehlen von Hallucinationen und Wahnideen constatirt werden. Stereotypie, Negativismus und Automatismus konnte ebenfalls nicht nachgewiesen werden.

Die Patientin war recht lebhaft, bemühte sich freundlich zu lächeln und sich liebenswürdig zu unterhalten; an sie gerichtete Fragen beantwortete sie sehr schnell und sicher, aber wie sich sofort herausstellte, nicht wahrheitsgetreu. Beim Ausfragen der Patientin stellt es sich heraus, dass sie die Namen der anwesenden Aerzte nicht kennt, den laufenden Tag, Monat und das laufende Jahr nicht bezeichnen kann und es nicht weiss, wie lange sie krank ist. Sie gestand ihre Unwissenheit jedoch nicht ein und nannte mit Bestimmtheit falsche Vor- und Familiennamen und bestimmte unrichtig die Jahreszahl, das Datum und die Dauer ihrer Erkrankung u. s. w. Die diesbezüglich gemachten Verbesserungen nimmt sie augenscheinlich in sich auf, vergisst sie aber nach 5 Minuten wieder. Sie hat vergessen, was sie vor dem Consilium gegessen hat u. s. w.

Die motorische Sphäre, die Sensibilität, die Reflexe, die Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, der Zustand der Pupillen und die Augenbewegungen erweisen sich vollständig normal. Die Durchfälle dauern weiter fort. Die Temperatur ist erhöht. Im Parametrium wird ein eitriger Process angenommen. Der Harn enthält $^1/_4$ pM. Eiweiss und körnige Cylinder. Im Anschluss hieran wurden während des Consiliums die Anzeichen von Schwächung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses und der Neigung zum Confabuliren hervorgehoben, in Anbetracht des Fehlens von Anzeichen einer Neuritis jedoch wurde bei der Stellung der Diagnose eine polyneuritische Psychose ausgeschlossen.

Nach 6 Wochen wurde wieder ein Consilium zusammenberufen, an dem nur Prof. Janowsky und ich theilnahmen. Es stellte sich heraus, dass die Patientin im Verlaufe der letzten Woche von sehr starken Schmerzen in den Beinen geplagt wurde. Die Temperatur war nach wie vor erhöht und der locale Process im Parametrium war unverändert geblieben. Dieses Mal war die Patientin weniger lebhaft. Wie auch das vorhergehende Mal kann sich die Patientin in der laufenden Zeit nicht orientiren, erinnert sich der Ereignisse

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des laufenden Tages nicht und kann die Namen der Aerzte und der Pflegerin nicht nennen. Sie ist äusserst zerstreut. Wahnideen und Hallucinationen sind nicht vorhanden. Bei der Untersuchung der somatischen Sphäre zeigte sich eine ungeheuer starke Druckempfindlichkeit der peripheren Nervenstämme, und zwar hauptsächlich der unteren Extremitäten und ausserdem eine stark ausgeprägte Parese der Extensoren der Füsse und Zehen beider Extremitäten. Die Kraft aller Extremitäten ist herabgesetzt. Atrophie der Muskeln, und zwar hauptsächlich beider Mm. quadricipites. An den distalen Theilen des Beines ist die Empfindung für Nadelstiche und Berührung mässig herabgesetzt. Das stereognostische Gefühl ist in den oberen Extremitäten deutlich gestört. Die Haut- und Sehnenreflexe sind sowohl an den unteren, als auch an den oberen Extremitäten vollständig verschwunden. Die Pupillen und die Augenbewegungen sind normal. Astereoskopie ist nicht bemerkbar.

Dieses Mal wurde die Diagnose „Polyneuritis" gestellt und die psychische Störung wurde mit der multiplen Erkrankung der Nerven in Verbindung gesetzt.

Hiernach besuchte ich Frau B. im Verlauf vieler Monate mehrfach und konnte mich davon überzeugen, dass die Neuritis nicht weiter progressirte, der Grund hierzu war möglicher Weise die spontane Entleerung des Eiterherdes. Die motorische Sphäre der oberen Extremitäten blieb fast vollständig unberührt. An den unteren Extremitäten hingegen war jedoch eine fast vollständige Paralyse der Extensoren des Fusses und der Zehen eingetreten.

Was die Psyche anbetrifft, so bot die Patientin im Verlauf von fast elf Monaten dasselbe monotone Bild dar — eine deutlich ausgeprägte Gleichgültigkeit den Vorgängen in ihrer Umgebung gegenüber. So entzündete sich z. B. im Zimmer, in dem die Patientin lag, Spiritus, der auf die Diele geflossen war und das Kleid der Pflegerin fing Feuer; obgleich hierbei für das ganze Haus Feuersgefahr herrschte, blieb die Patientin auf ihrer Couchette liegen und interessirte sich nur für die Vorgänge beim Löschen des Feuers. Aus dieser Apathie konnte sie jedoch durch starke, besonders thermische Reize aufgestört werden. Der Patientin waren unter Anderem heisse Luftbäder verordnet worden; wenn nun die 110—120° heisse Luft durch ein Rohr unter die Bettdecke geleitet wurde, so sprang sie jedes Mal beim Beginn der Behandlung auf und schrie, dass ihre Beine zersägt würden u. d. m. und beruhigte sich jedes Mal wieder, wenn sie davon überzeugt wurde, dass das lediglich ein heisses Luftbad sei. Die Merkfähigkeit ist stark herabgesetzt; die Patientin ist im höchsten Grade zerstreut. Die Erinnerung an frühere Ereignisse ist verhältnissmässig gut erhalten. Sie erinnert sich ihres Hochzeits- und des Geburtsjahres ihrer ältesten Tochter. Sie erinnert sich, dass ihre Tochter, einen Monat vor ihrer eigenen Erkrankung, an Typhus krank lag; obgleich die Tochter schon seit dem Herbst vollständig hergestellt ist und die Mutter beständig pflegt, so erwähnt Frau B. dennoch häufig die schwere Erkrankung der Tochter und erkundigt sich, ob sie noch am Leben sei und bittet einen Professor zu ihrer kranken Tochter zu rufen. Das Hinzutreten der Tochter und die Versicherung der Tochter, dass sie am Leben und vollständig gesund sei,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beruhigt bie Mutter, nach einer Stunde aber wiederholt sich dieselbe Aufregung. Augenscheinlich erinnert sich die Patientin der Vergangenheit, kann aber die gegenwärtigen Ereignisse nicht in sich aufnehmen und die letzteren mit der Vergangenheit associiren.

Im December 1905 kam die Patientin, nachdem ich sie mehr als zwölf Monate nicht gesehen hatte, zu mir nicht wegen ihres krankhaften Zustandes und deswegen untersuchte ich ihre somatische Sphäre auch nicht. Ihr Gang zeugte von einer Parese der Extensoren beider Füsse. Ihr Gedächtniss hat sich fast völlig wiederhergestellt, so dass sie wieder ihre Wirthschft und ihre Geschäftsangelegenheiten führen kann.

4. Herr Bi—lo, 55 Jahre alt, hat sich stets durch Abneigung gegen alkoholische Getränke und durch nüchterne Lebensweise ausgezeichnet. Im September 1904 fing er an über Frösteln, Hitzegefühl, Schmerzen im Rücken und Schwäche im ganzen Körper zu klagen. Die Temperatur stieg bis 38 bis 39° C. Die Darmthätigkeit wurde äusserst schlaff.

Prof. Janowsky, der vom Patienten consultirt wurde, constatirte eine grippöse Lungenentzündung und Arteriosklerose und verordnete Expectorantien, Herzmittel und ein abführendes Wasser. Die motorische Sphäre, die Sensibilität und die Reflexe erwiesen sich als vollständig normal.

Im Verlauf einer Woche blieb die Temperatur erhöht und der Darm hörte trotz des Mineralwassers vollständig zu functioniren auf.

Prof. Janowsky, wieder vom Patienten consultirt, fand eine Besserung von Seiten der Lungen, aber eine Verstärkung der allgemeinen Schwäche, einen beschleunigten Puls, Oedem der Extremitäten (kein Eiweiss im Harn) und Anzeichen einer Verschlechterung der Herzthätigkeit. Eine ganz besondere Beachtung richtete Prof. Janowsky auf die Verschlechterung des Gedächtnisses des Patienten.

Auf den Vorschlag von Prof. Janowsky hin wurde ich hinzugezogen. Ich fand den Patienten im Bett liegend vor, die Temperatur war bis zu 38° C. erhöht. Bei der Untersuchung constatirt ich Folgendes: Puls 120; der Darm ist mit Fäcalmassen angefüllt und functionirte nur einmal wöchentlich. Die Leber ist stark empfindlich und vergrössert. In den Lungen sind überall feuchte und trockene Rasselgeräuscke hörbar. Im Herzen, das von den Lungen bedeckt wird, sind an allen Ostien blasende Geräusche wahrnehmbar.

Die Füsse sind mässig ödematös. Willkürliche Bewegungen können überall ausgeführt werden, sind aber abgeschwächt. Nadelstiche und Berührungen werden an den Fingern, Zehen und am Rumpf ebenso wie Wärme und Kälte gut wahrgenommen.

Muskelatrophie und Druckempfindlichkeit ist nirgends bemerkbar. Die Haut- und Sehnenreflexe sind an den oberen und unteren Extremitäten normal. Die Pupillen und die Augenbewegungen weichen nicht von der Norm ab. Wahnideen, Hallucinationen, Illusionen und Gemüthsaffecte fehlen. Auf die Frage, ob ich ihn gesehen habe, confabulirt er und behauptet, dass wir zusammen vor zwei Tagen auf einem Dampfer gefahren seien (de facto liegt er schon 3 Wochen im Bett und hat mich früher nie gesehen). Meine Profession

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bezeichnet er richtig und antwortet auf meine Frage, ob ich nicht vielleicht der Polizeimeister sei. dass ich Arzt bin. Das Gedächtniss ist stark geschwächt. Datum, Monat und Jahr, sein Alter, die Dauer seines Aufenthaltes im Bett und die genossenen Speisen kann er nicht bezeichnen.

Er ist sehr zerstreut, kann zweistellige Zahlen weder subtrahiren, noch addiren; bei der Multiplication macht er starke Fehler. Er ist im höchsten Grade gleichgültig.

Bei meinem Besuch nach einer Woche erkannte er mich nicht wieder. Von Seiten der Psyche fand ich keine Veränderungen. In der somatischen Sphäre schien mir eine Störung der Stereognose in den Fingern und eine Herabsotzung der Sensibilität der Füsse zu bestehen. Diesen beiden letztgenannten Daten konnte jedoch keine besondere Bedeutung beigemessen werden. da die Aufmerksamkeit des Patienten herabgesetzt war und die willkürlichen Bewegungen und die Reflexe nach wie vor normal waren. Muskelatrophie und Schmerzhaftigkeit der Nerven war nicht vorhanden.

Die mimischen Bewegungen und der Zustand der Pupillen waren normal. Astereoskopie war nicht vorhanden. Puls 120. Der Patient sprach wie früher, sein Gedächtniss war geschwächt und nach wie vor bemühte er sich durch confabulirte Facta die fehlenden Ereignisse zu ersetzen. Das Harnlassen geht selbstständig vor sich. Der frisch entleerte Harn war kaffeebraun und enthielt Spuren von Eiweiss.

$1^1/_2$ Wochen später: Der Patient ist apathisch, zerstreut, unaufmerksam und erinnert sich der Ereignisse der letzten Zeit nicht. Er confabulirt äusserst weitläufig.

Die Function der Harnblase ist normal. Obstipation. Puls 120(bei Infus. Adon. Vernal. ex 12,0 : 120,0 6mal täglich 1 Esslöffel). Geräusche an allen Ostien. In den Lungen reichliche feuchte Rasselgeräusche. Die Leber ist geschwollen und schmerzhaft.

Die Finger und Füsse können willkürlich nicht bewegt werden. Die willkürlichen Bewegungen der Hände sind herabgesetzt. Stiche, Berührungen und Wärme werden am Fuss gar nicht, am Schienbein und den Fingern besser und noch besser an den Oberschenkeln und Armen wahrgenommen. An den übrigen Körpertheilen sind die normalen peripheren Nerven äusserst druckempfindlich. Die Haut- und Sehnenreflexe fehlen vollständig. Die Augenbewegungen, die Bewegungen der Zunge, der Zustand der Pupillen, das Schlucken und die Articulation weichen nicht von der Norm ab.

Da es zweifellos war, dass es sich um eine multiple Neuritis handelte, wurde die Störung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses, sowie die Neigung zum Fabuliren mit dieser Erkrankung des peripheren Nervensystems in Verbindung gebracht.

Nach zwei Wochen starb der Patient unter Erscheinungen eines Lungeninfarctes. Zwei Tage vor dem Tode konnten die Erscheinungen der peripheren Neuritis nochmals nachgewiesen werden.

5. Frau Kaliewitsch, 56 Jahre alt, erkrankte während eines Besuches bei ihrem Sohn in Taganrog im Mai 1902 an Enterocolitis mit erhöhter Temperatur. Die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hohe Temperatur, die die ersten Krankheitstage charakterisirte, fiel allmählich ab und wurde im weiteren Verlauf subfebril und schwankte zwischen 36,7, 37,5, 37,7 und zuweilen 38°C. Die Durchfälle und die übrigen Erscheinungen der Enterocolitis verschwanden nach drei Wochen; die Patientin verlor ihren Appetit vollständig, sie hatte beständig einen bitteren Geschmack im Munde, zeitweilig war ihre Zunge stark belegt und es war Foetor ex ore bemerkbar.

In der ersten Zeit litt Frau K. an Hallucinationen, Illusionen, Angstgefühl und Erregungen in der Nacht. Dieser Zustand hielt nicht lange an (5—7 Tage), allmählich trat die ersehnte Beruhigung ein, im psychischen Gesundheitsstadium aber traten Veränderungen ein. Die Patientin wurde apathisch, schweigsam und zerstreut und fing an, Ereignisse zu vergessen; gleichzeitig nahm das Körpergewicht der Patientin ab, sie magerte stark ab und wurde bettlägerig.

In diesem Zustande wurde sie in ihren beständigen Wohnort Kiew transportirt und der Behandlung des Herrn Privatdocenten Kostkewitsch übergeben, mit dem die Patientin schon 10—15 Jahre lang bekannt war, und der mich zu einem Consilium hinzuzog.

Bei der Untersuchung konnte Dr. Kostkewitsch auf keine Weise die Anamnese der letzten zwei Monate eruiren. Die Patientin konnte sich an nichts zurückerinnern und klagte über nichts; ihre Gemüthsstimmung war apathisch und zuweilen weinerlich; ihre Unterhaltung berührte immer die gleichen Themata und wurde immer in ein und denselben Ausdrücken geführt. Im Verlaufe einer Stunde seufzte sie und wiederholte mehrfach: „Da war ich nun früher gesund und jetzt bin ich krank". Gleichzeitig mit dem monotonen Denken und mit dem Verlust des Gedächtnisses wurden Gedächtnissillusionen bemerkt. Die Patientin erzählte z. B. dem Arzt, dass sie den ganzen Tag über gegessen habe (de facto hatte sie jegliche Nahrungsaufnahme verweigert), und dass sie auf der Strasse spazieren gegangen sei (sie hat beständig zu Bett gelegen) u. a. m.

Von Seiten des peripheren Nervensystems (der motorischen Sphäre, der Sensibilität) und der Reflexe konnte zu dieser Zeit nichts Abnormales constatirt werden.

Drei Monate nach der überstandenen Enterocolitis klagte die Patientin zum ersten Mal über Schmerzen in den Extremitäten, und zwar ganz besonders in den Füssen, auch war ein Gürtelgefühl vorhanden. Bei der zu diesem Zeitpunkt ausgeführten Untersuchung vermuthete Dr. Kostkewitsch zum ersten Mal eine Polyneuritis; bei der objectiven Untersuchung bemerkte er eine gewisse Schlaffheit der Muskeln der unteren Extremitäten; die Sensibilität war leicht herabgesetzt; die Reflexe an den unteren Extremitäten waren abgeschwächt.

Vier Wochen nach den ersten Klagen der Patientin, d. h. am Ende des vierten Krankheitsmonates, konnten Dr. Kostkewitsch und ich bei einer gemeinsamen Untersuchung der Patientin Folgendes constatiren:

Mässige Abmagerung des Körpers, die an den unteren Extremitäten stärker ausgeprägt ist. Eine unbedeutende Flexionscontractur des linken Kniees.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

An der rechten Hand — ein schwach ausgeprägter Grad von main en griffe. Die Finger sind ein wenig aufgetrieben, die Haut ist dünn und glänzend. Willkürliche Bewegungungen sind in allen Gelenken möglich, nur die Kraft derselben ist abgeschwächt. Die Mm. thenar, hypothenar, interossei und triceps surae haben an Umfang abgenommen. Die Glutaeengegend hängt herab und ist äusserst weich, so als wenn an dieser Stelle ein leerer Sack ohne Muskeln hinge.

Die Temperatur-, Tast- und Schmerzempfindung ist im Vergleich zum übrigen Körper. an den Extremitäten mässig herabgesetzt. Das Muskelgefühl ist unverändert. Die Stereognose, Stereoskopie und der Geschmack wurden wegen der grossen Schwäche der Patientin nicht untersucht. Die Hautreflexe sind normal. An den unteren Extremitäten fehlen die Sehnenreflexe vollständig; an den oberen Extremitäten sind die Reflexe der Sehnen des Supinator longus und des triceps sehr schwach.

Die peripheren Nerven sind stark druckempfindlich.

Die Augenbewegungen sind nach allen Seiten hin vollständig normal. Gesicht und Gehör sind unverändert. Die Pupillen sind von gleichem Durchmesser. Die Pupillenreflexe (auf Licht — Accommodation und Convergenz) weichen nicht von der Norm ab.

Die Zunge ist von einer dichten, weissen Schicht bedeckt. Starker Foetor ex ore.

Der Puls ist klein. Anämische Geräusche an den Herzklappen.

In psychischer Beziehung lenkte die indifferente Gemüthsstimmung der Patientin die Aufmerksamkeit auf sich. Zuweilen war sie weinerlich gestimmt, wenn man ihrem beklagenswerthen Zustande, dem Zubettliegen und der Unmöglichkeit an die frische Luft zu gehen, die Rede war; die Thränen versiegten jedoch sofort, sobald eine indifferente Frage gestellt wurde, die einen angenehmen Eindruck machen konnte.

Die laufenden Ereignisse hat die Patientin vergessen, der Vergangenheit erinnert sie sich gut.

Während des Gespräches mit der Patientin tritt es deutlich zu Tage, dass sie vor Kurzem stattgehabte Ereignisse vergessen hat; schon seit langer Zeit stattgehabte Ereignisse sind in ihrem Gedächtniss gut erhalten geblieben. In einigen Antworten tritt die Neigung zum Fabuliren hervor. Im gesammten Denken der Patientin ist die Armuth an Vorstellungen und Begriffen und der Verlust von Interesse für die Umgebung ausgeprägt. Die Patientin schläft schlecht; zuweilen schreit sie in der Nacht, kann aber nicht erklären, was sie erschreckt.

Aus diesen drei, in Kürze angeführten Krankengeschichten, ist es ersichtlich, dass sich die Veränderung der Psyche, die für die Korsakow'sche Psychose typisch ist und keiner anderen psychischen Erkrankung ähnlich sieht, aus dem einen oder anderen Grunde (z. B. eitrige Parametritis, Grippe u. s. w.) im Anschluss an eine Störung des Magen-Darmtractes entwickelt hat und im Verlauf von 2—3 Wochen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bis zu einigen Monaten mehr oder weniger isolirt bestanden hat; erst späterhin kam die multiple Entzündung der Nerven zum Vorschein.

Diese klinischen Beobachtungen bringen uns auf den Gedanken, dass solche Fälle nicht vereinzelt sind. Es ist möglich, dass in den Fällen derjenigen Autoren, die das Syndrom von Korsakow ohne neuritische Erscheinungen gesehen haben, die letzteren entweder schwach ausgeprägt waren, oder noch zu wenig entwickelt waren, um diagnosticirt werden zu können. Jedenfalls kann man in diesen Beobachtungen mit der grössten Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein des Korsakow'schen Syndroms gerade in Verbindung mit einer Polyneuritis annehmen.

Wenig überzeugend sind die Entgegnungen gegen das selbstständige Bestehen einer Psychosis polyneuritica, die darauf fussen, dass der Gedächtnissverlust, die Gedächtnissillusionen, das Confabuliren, die Gedankenarmuth, die Apathie u. a. m. auch bei Polyencephalitis superior Wernicke, bei Tumor cerebri, bei Trauma capitis, bei Presbyophrenia, bei Dementia senilis, bei Paralysis progressiva u. s. w. vorkommen.

Der Verlauf dieser erwähnten Erkrankungen kann in der That von derartigen Symptomen complicirt werden, in der allgemeinen Entwickelung jeder einzelnen derselben ist dieses jedoch nur eine zufällige und kurzdauernde Episode, während das Gesammtbild der polyneuritischen Psychose lediglich aus diesen Störungen besteht und der Symptomencomplex der Psychose, der die Polyneuritis complicirt, von ihnen zusammengesetzt wird. Von all diesen Erkrankungsformen unterscheidet sich das Syndrom der polyneuritischen Psychose durch die Aetiologie, den Verlauf und die Prognose, die mit der multiplen Entzündung der Nerven in enger Verbindung stehen.

Die Behauptung ist vollständig falsch, dass die Polyencephalitis superior Wernicke dadurch, dass sie zuweilen von einer psychischen Störung complicirt wird, die Bedeutung der polyneuritischen Psychose als einer besonderen Erkrankungsform untergräbt. Erstens geht dieses schon daraus hervor, dass in denjenigen Fällen von Polyencephalitis superior Wernicke, in denen eine Complication durch Psychose vermerkt ist [die Fälle von Bödecker (7), Gudden (23a)], beim aufmerksamen Lesen derselben Grund dafür vorhanden ist, ausserdem noch eine (allerdings schwach ausgeprägte) Polyneuritis anzunehmen und in dieser Beziehung widerlegen solche Krankengeschichten die Ansichten der Vertheidiger der polyneuritischen Psychose durchaus nicht, sondern bestätigen dieselben nur. Zweitens wurden alle diese Fälle von Psychose bei der Paralyse Wernicke bei Potatoren beobachtet, die sich energisch

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit Alkohol vergifteten und gehören somit zu der Kategorie von Geistesstörungen, die von Korsakow vorgesehen ist.

Die Annahme der Kritiker, die die polyneuritische Psychose nicht anerkennen, dass die Symptome der letzteren nur durch Alkoholwirkung erklärt werden müssen und bei analkoholischer Polyneuritis gar nicht vorkommen, werden durch Beobachtungen widerlegt, in denen sich im Verlauf einer zweifellosen Polyneuritis das typische Bild einer solchen Psychose entwickelte, ohne dass in der Anamnese Hinweise auf eine alkoholische Aetiologie festgestellt werden konnten.

Hierher gehören die Fälle Korsakow's (30).

Eine sehr gute Beobachtung wird von Tilling (60), in der früher erwähnten Arbeit, angeführt. Hierher muss seine Beschreibung von Gedächtnissverlust und Psychose während einer Polyneuritis, die sich nach Typhus entwickelte, gezählt werden.

Eine demonstrative Beobachtung wurde von Frank (15) in Bezug auf eine Psychose während einer Polyneuritis gemacht. In einem Fall handelt es sich um einen 34jährigen Kaufmann, der stets sehr geizig war, wenig auf sich hielt, schlecht ernährt war, aber nie getrunken hatte. Im Juni 1889 entwickelte sich beim Patienten eine typische Polyneuritis mit gastrischen Erscheinungen, schon im Juni desselben Jahres, d. h. einen Monat nach der Erkrankung zeigte sich eine bedeutende Schwächung des Gedächtnisses, der Patient konnte sich nicht mehr orientiren und zeigte die Neigung erdachte Facta zu erzählen; mit diesen letzteren füllte er den Zeitraum aus, über den er keine Rechenschaft ablegen konnte.

In den vorzüglichen Fällen, die von Suchanow (58b) angeführt werden, ist der Alhohol ebenfalls aus der Aetiologie der Psychose ausgeschlossen.

Dieselbe Bedeutung haben unsere fünf Fälle und die Fälle von puerperaler Neuritis von Korsakow, Serbsky und Desnas-Pinard.

Schlussfolgerungen.

1. Die Beziehung der Psychose, die bei einer multiplen Neuritis vorkommt, zu dieser letzteren kann nicht wie die Beziehung der Ursache zur Folge aufgefasst werden, es sind nebeneinander bestehende Erkrankungen. Die Erkrankung der peripheren Nerven und die Veränderung der Geistesthätigkeit entwickelt sich bei ein und demselben Patienten in Folge einer gemeinsamen Ursache. Die Entwickelung, der Verlauf und der Ausgang dieser beiden Erkrankungen verlaufen einander parallel.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Die Ursache für die psychischen Störungen muss in den im Blut kreisenden Toxinen gesucht werden.

3. Es sind Fälle von polyneuritischer Psychose vorhanden, in denen das Vorhandensein von Astereoskopie und Störung der Stereognose auf eine organische Affection der Grosshirnrinde und speciell der Scheitellappen derselben schliessen lässt.

Literaturverzeichniss.

1a. Anton, Beiderseitige Erkrankung der Scheitelgegend des Grosshirnes. Wiener klin. Wochenschr. 1899. 48.

1b. Auerbach, Die in Folge von Nierenkrankheiten entstandenen psychischen Störungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1896. Bd. 52. S. 336.

2. Babillé, Des troubles de la mémoires dans l'alcoholisme. Paris 1886.

3. Ballet, Progrès médic. 1898. No. 27. p. 7.

4. Ballet, La psychose polyneuritique. Rev. neur. 1890. No. 3.

5. Bernhardt, Ueber multiple Neuritis. Zeitschr. f. klin. Med. XI. 1886.

6. Bianchi Piccino, Jahresber. f. Psych. und Neurol. 1899. S. 1134.

7. Boedecker, Klinischer Beitrag zur Kenntniss der acuten alkoholischen Muskellähmungen. Charité-Ann. 1892. Bd. 17.

8. Bouchard, Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies. Paris 1897.

9. Brower, The mental relations of nephritis. Journ. of the amer. med. association. 1899.

10a. Ceni, Jahresber. f. Psychiatrie und Neurol. 1900. S. 928.

10b. Charpentier, Annales médico-psychologique. 1888. VII. p. 436. 1890. Vol. XII. p. 230.

11. Chancellay, Contribution à l'étude de la psychose polyneuritique. Thèse de Paris. 1901.

12. Charrin, Maladie du foie et folie. Sem. méd. 1892.

13. Desnas-Pinard-Joffroy, Sur un cas d'atrophie musculaire pendant la grossesse. Union méd. 1889.

14. Elzholz, Ueber die Beziehungen der Korsakow'schen Psychose zur Polyencephalitis. 1900. No. 5.

15. Frank, Polyneuritis und Geistesstörung. Bonn 1890.

16. Freund, Archiv f. Psych. XX. 1889.

17. Frankl-Hochwart, Die Tetanie. Wien 1899.

18. Fischer, Ueber eine eigenthümliche Lähmung bei Trinkern. Archiv für Psych. XIII.

19. Fischer, Zwei Fälle von Neuritis. Berliner klin. Wochenschr. 1875.

20. Gautier, Les toxines microbiennes et animales. Paris 1896.

21. Griffiths, Ptomaines extractes de urines. Acad. des Sciences. Vol. 117.

22. Grainger-Stewart, Edinburgh. med. Journ. 1881.

23a. Gudden, Klinische und anatomische Beiträge z. Kenntniss der multiplen Alkoholneuritis. Archiv f. Psych. XXVIII.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

23b. Hartmann, Cysticercus cerebri. Wiener klin. Wochenschr. 1902.
24. Hanry, Neuro-cérébrites toxiques. Thèse de Lyon. 1894.
25. Joffroy, Arch. de la physiologie. 1882.
26. Jolly, Fall von Polyneuritis puerperalis. Archiv f. Psych. XXIX.
27. Jolly, Ueber die psychischen Störungen bei Polyneuritis. Charité-Annalen. 1897.
28. Kast, Klinisches und Anatomisches über primäre degenerative Neuritis. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1886.
29. Klippel, Insuffisance hépatique dans les maladies mentales. Mercredi medic. 1892.
30. Korsakow, Die Störung der psychischen Thätigkeit bei alkoholischer Paralyse. Westnik J. P. Mershejewski. 1887. (Russisch.)
31. Korsakow und Serbsky, Ein Fall von polyneuritischer Psychose und Autopsie. Archiv f. Psych. 1892.
32. Korsakow, Ueber eine besondere Form psychischer Störung combinirt mit Neuritis multiplex. Archiv f. Psych. XXI. 1890. S. 669.
33. Korsakow, Etude médico-psychologique sur une forme des maladies de la mémoire. Rev. philosophique. 1889.
34. Korsakow, Erinnerungstäuschungen bei polyneuritischen Psychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1891. Bd. 47.
35. Lamy, Des névrites puerpérales. Gazette hebdomadaire. 1893. p. 170.
36. Leyden, Zeitschr. f. klin. Med. Bd. I.
37. Lilienfeld, Zur Lehre von der Multiplexneuritis. Berliner klin. Wochenschr. 1885. S. 727.
38. Löwenfeld, Ueber Spinallähmung. Archiv f. Psych. XV.
39. Lückerath, Beitrag zur Lehre von der Korsakow'schen Psychose. Neurolog. Centralbl. 1900. S. 341.
40. Möbius: a) Ueber Neuritis puerperalis. Münchener med. Wochenschr. 1887. b) Beitrag zur Lehre von der Neuritis puerperalis. Münchener med. Wochenschr. 1890.
41. Moeli, Alkoholismus. Charité-Ann. 1883.
42. Mönkenmöller, Casuistische Beiträge zu polyneuritischen Psychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1898.
43. Mangeri, Die Aetiologie und die Behandlung der Puerperalpsychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 57. 1900. S. 397.
44. Müller, Ein Fall von Polyneuritis multiplex. Archiv f. Psych. XIV. 1883.
45. Murawjew, Zwei Fälle von Polyencephalitis superior. Neurol. Centralblatt. 1897.
46a. Oppenheim, Beiträge zur Pathologie der Multiplexneuritis. Zeitschr. f. klin. Med. 1886.
46b. Pick, Gesammelte Abhandlungen. Störungen der tiefen Dimensionen.
47. Raimann, Polyencephalitis superior als Einleitung einer Korsakow'schen Psychose ohne Polyneuritis. Wiener klin. Wochenschr. 1900.
48. Regis-Chevalier, Des autointoxications dans les maladies mentales. Congrès des aliénistes de France à la Rochelle. Bulletin méd. 1893.

Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

49. Regis, Des autointoxications dans les maladies. Arch. clinic de Bordeaux. 1893.
50. Regis, Des psychoses dans les polynévritis. Arch. de Neurol. 1894.
51. Redlich, Ueber die polyneuritischen Psychosen. Wiener klin. Wochenschr. 1896.
52. Redlich, Vorträge im Wiener ärztl. Verein. 1892.
53. Schultze, Beitrag zur Lehre d. sogenannten polyneuritischen Psychosen. Berliner klin. Wochenschr. 1898.
54. Schulz, Beitrag zur Lehre der multiplen Neuritis der Potatoren. Neurol. Centralbl. No. 19. 1885.
55. Seglas, Leçons cliniques. Paris 1895. p. 238.
56. Siefert, Zur Anatomie der polyneuritischen Psychose. Neurol. Centralbl. 1900. 1134.
57. Sollier, Un cas de psychose polynévritique. Revue neurolog. 1895.
58. Suchanow, Sur les formes diverses de la psychose polyneuritique. Rev. de méd. 1897.
59. Tilling, Ueber die anamnestische Geistesstörung. Allgem. Zeitschr. für Psych. 1892. Bd. 48.
60. Tilling, Ueber die bei der alkoholischen Neuritis multiplex beobachtete Geistesstörung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1890. Bd. 46.
61. Tuilant, La névrite puerpérale. Thèse de Paris. 1891.
62. Vierordt, Fall von Neuritis multiplex. Archiv f. Psych. 1883.
63. Wyrubow, Ueber die Veränderungen im Kopf- und Rückenmark bei der polyneuritschen Psychose Korsakow's. Oboszjenije psichiatrii. 1902. p. 22. (Russisch.)
64. Wagner, Ueber Psychosen auf Grundlage gastrointestinaler Autointoxication. Wiener klin. Wochenschr. 1896. Wiener med. Presse. 1896.
65. Windscheid, Neuritis gravidarum und Neuritis puerperalis. Sammlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde von Graefe. 1898.
66. Wille, Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1883.
67. Zahn, Ueber einen Fall von Polyneuritis. Münchener medicin. Wochenschr. 1901.

Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XXX.

Casuistische Mittheilungen zur Pathologie des Stirnhirns.

Von

Dr. **Erwin Niessl v. Mayendorf**
in Leipzig.

(Hierzu 5 Figuren im Text.)

Der mythenreichste der Gehirntheile, welcher sich unter dem Stirnschädel, dessen Wölbung nachahmend, herabkrümmt, steht heute wie einst im Mittelpunkt lebhafter Discussion. Die vordere Grenze der Centralwindungen der Sulcus praecentralis bildet die Marke, an der das unbekannte Gebiet beginnt. Fritsch und Hitzig fanden den Stirntheil des Hunde- und Affengehirns unerregbar. Hitzig folgerte aus diesem Umstand, sowie aus der stattlichen Entwicklung des menschlichen Stirnhirns eine höhere physiologische Bedeutung, welche die Summe der geistigen Functionen, den Intellect einschliesse. Derselbe Autor hat später in einer psychiatrischen Arbeit über den Querulantenwahnsinn hier die ursächliche Störung vermuthet.

Mit bewusster Gegensätzlichkeit erblickte Meynert[1]) die anthropologische Bedeutung der frontalen Gehirnentwicklung in dem energischen Wachsthum jenes cerebralen Territoriums, dessen Zusammenhänge dasselbe als den Ausgangspunkt bewusst und mit Willen ausgeführter Bewegungen erscheinen lassen. Unter diesem Gesichtswinkel betrachtet, ergaben sich ihm aus dem proportionalen Anschwellen des Linsenkerns und der specifisch anthropologischen Hirnleistung der Sprache zu der

1) Wenn v. Monakow in der neuesten Auflage seiner Gehirnpathologie von einer Meynert-Hitzig'schen Stirnhirntheorie spricht, befindet er sich in offenbarer Unkenntniss der wahren Sachlage, da die Auffassung der functionellen Bedeutung des Stirnhirns bei beiden Autoren einander diametral entgegengesetzt sind.

Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

mächtigen Entfaltung des menschlichen Stirnhirns wichtige morphologische Beziehungen.

Da eröffnete sich eine neue Perspective, als vor zehn Jahren Flechsig in Deutschland mit einer physiologischen Gliederung der Hirnrinde auf den Plan trat, deren Felder durch ihr differentes Verhalten zu den peripheren Aufnahmeorganen eine Verschiedenheit ihrer Functionen postulirten. Nur engumschriebene Rindenzonen stünden mit den Oberflächen des Körpers durch compacte Bündelformationen in leitender Verbindung, der überwiegende Rest der Grosshirnrinde, mit einem Reichthum an Binnenfasern ausgestattet, stelle Associationscentra höherer functioneller Dignität dar. Zwischen Körperfühl- und Riechsphäre eingekeilt werde das frontale Associationscentrum zum Sammelplatz für die Gedächtnisspuren aus diesen Rindenbezirken, die in ihrer Zusammenfassung als psychische Einheit, als „Persönlichkeitsbewusstsein" imponirten. Später schrieb Flechsig dem Stirnhirn eine den Sinnescentren übergeordnete Stellung zu, in dem er die percipirende Rinde dem führenden Einfluss des frontalen „Apperceptionscentrums" unterwarf.

Eine dritte Stirnhirntheorie, welche die von Meynert vertretene Auffassung des Stirnhirns als eines motorischen Centralorgans weiterbildete, brachte die Doppelarbeit von Anton-Zingerle[1]). Dieselbe enthält das Studium einer Reihe histologisch bearbeiteter Herderkrankungen des Stirnhirn. Aus diesen Befunden meinten die genannten Autoren eine durch die Ganglien des Hirnstammes unterbrochene Faserverbindung zwischen Stirnhirn und Kleinhirnrinde annehmen zu dürfen. Das Stirnhirn stelle analog dem Kleinhirn ein statisches Centralorgan dar, dessen Verletzung charakteristische Bewegungsstörungen bedinge. Diese Annahme wurde jedoch durch die beigebrachten Thatsachen keineswegs begründet, da die Läsionen der untersuchten Gehirne sehr umfangreich oder eine Fernwirkung bedingende waren, die gefundenen Bewegungsstörungen sich aber aus der Benommenheit des Sensoriums, sowie aus indirecter Einwirkung auf die benachbarte motorische Region der Centralwindungen erklärten. Ferner stand diese Hypothese mit der Erfahrung im Widerspruch, dass bei Jahre hindurch bestehender Atrophie des Stirn- oder Kleinhirns eine morphologische Veränderung des anderen Gehirntheiles keineswegs gleichen Schritt hält. Endlich haben v. Monakow und Rutishauser nach Exstirpationen am Stirnhirn des Affen secundäre Degenerationen in den vorderen und medialen Kern des Thalmus, aber

1) Anton und Zingerle, „Bau, Leistung etc. . . . des menschlichen Stirnhirns", Festschrift der Grazer Universität. 1901.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht in den Nucleus ruber, der die Schaltstation für die Bahnen zum Kleinhirn vorstellt, hineinverfolgt.

Zu wesentlich anderen Ergebnissen gelangten Autoren, die auf dem sicheren Boden unbefangener klinischer Beobachtung fussten.

Sehr beachtenswerth sind die klaren, nüchternen Erörterungen Ed. Müller's[1]), welche die bekannte frontale Symptomatologie, Witzelsucht (Jastrowitz, Oppenheim), Ataxie (Bruns), Störung der Merkfähigkeit ernstlich in Frage stellen. Ebenso wenig vermochte Schuster[2]) nach aufmerksamer Sichtung und fleissiger Zusammenstellung der bei Stirnhirnerkrankungen vorkommenden Geistesstörungen eine bestimmte Psychose oder psychische Ausfallerscheinungen ausfindig zu machen.

Schwerwiegend sind die diesbezüglichen Angaben hervorragender Chirurgen; so konnte Friedrich[3]), nach Entfernung eines Stirnhirns bei eigens daraufhin angestellter Untersuchung weder eine Motilitätsstörung noch einen Intelligenzdefect oder eine psychische Anomalie nachweisen. Noch einwandsfreier, weil beide Frontallappen betreffend, ist der von Croce[4]) mitgetheilte Fall. Im Anschluss an ein Stirntrauma war es in beiden Frontallappen zu mehrere Centimeter tiefen Zerstörungen gekommen. Der Patient ist nach kurzer Zeit den Folgen der Verletzung erlegen. In diesem Intervall konnte eine Einbusse der Intelligenz oder eine Motilitätsstörung, die sich nicht als Allgemeinerscheinung aus der schweren Schädigung des gesammten Hirns erklären liesse, nicht constatirt werden.

In Hinblick auf den hier kurz skizzirten Stand der Frage erscheint es aber wichtig, jeden vorkommenden Fall, der mit Unbefangenheit untersucht wurde, einer kritischen Prüfung zu unterziehen und denselben, sobald ihn die Bewerthung als Baustein zu einer endgiltigen Lösung des Stirnhirnproblems erkannt hat, der Oeffentlichkeit vorzulegen. Von diesem Gesichtspunkt geleitet, halte ich mich für berechtigt, eine Reihe neuer Beobachtungen mit Sectionsbefund, welche ich in der Zeit meiner ärztlichen Thätigkeit an der Irrenanstalt in Hamburg theils selbst gemacht habe, theils durch das liebenswürdige Entgegenkommen des leitenden Oberarztes Dr. med. Zippel, den Aufzeichnungen der Aerzte des Werk- und Armenhauses entnehmen durfte, der in der Literatur

1) Ed. Müller, „Kritische Beiträge zur Frage nach den Beziehungen des Stirnhirns zur Psyche". Allgem. Zeitschr. f. Psych. 59. Band. VI. Heft.

2) Schuster, „Psychische Störungen bei Hirntumoren". 1902.

3) Friedrich, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 67.

4) Otto Croce, „Beobachtungen über einen Fall von ausgedehnter Verletzung des rechten und linken Stirnhirns". Deutsche med. Wochenschr. 9. November 1905.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bereits aufgestapelten Casuistik hinzuzufügen. Ich genüge einer angenehmen Pflicht, wenn ich an dieser Stelle für die Erlaubniss die Krankengeschichten zum Zwecke einer Publication zu verwerthen und die Ueberlassung des pathologisch-anatomischen Materials wärmstens danke. Die trefflichen photographischen Wiedergaben verdanke ich der seltenen technischen Gewandtheit meines ehemaligen Collegen Herrn Dr. med. Sierau, Assistenzarzt in Friedrichsberg.

Beobachtung 1.

R., 72 Jahre alt, aus Schuckendorf, wurde am 28. Juli 1905 wegen des Verdachts auf Geistesgestörtheit, da er die letzte Zeit oft ununterbrochen vor sich hinsprach, in die Irrenanstalt Friedrichsberg gebracht. Er folgte willig, verhielt sich bei der Aufnahme ruhig. An beiden Augen hochgradiges Ectropium. Die Pupillen reagirten auf Lichteinfall, dabei war die rechte Pupille enger als die linke und nicht rund. Der rechtsseitige Facialis innervirte stärker als der linke. Die Zunge wurde gerade hervorgestreckt. Der Puls mässig voll, regelmässig 100 Schläge in der Minute.

Die Muskulatur der Extremitäten war atrophisch. Die Hautreflexe waren beiderseits normal. Die Patellarreflexe beiderseits nicht gesteigert, die Achillessehnenreflexe nicht auslösbar, weil Patient nicht genügend entspannte. Der rechtsseitige Tricepsreflex gleich dem linksseitigen.

Der Gang senil spastisch; Patient konnte nicht ohne Unterstützung gehen. Die Sensibilität erwies sich als normal. Das Verwaschensein der Sprache liess sich aus dem Schwund der Zähne erklären. Die Schrift war ungelenk zitternd. Der Urin enthielt kein Saccharum, jedoch Albumen.

27. Juli. Patient macht den Eindruck eines hinfälligen Greises, der unablässig keucht und stöhnt und selbst wenn er auf beiden Seiten gestützt wird, kaum einige Schritte zu gehen vermag. Er ist völlig unorientirt, nennt als Jahreszahl 1869, meint, darüber denke er nicht nach. Er komme jetzt vom Bauer Claasen in Billwärder. Hier befinde er sich im Armenhaus in Billwärder oder bei Claasen. Früher sei er verheirathet gewesen. Wo seine Frau sei, das wisse er nicht. Kinder habe er nicht. Seit vielen Jahren lebe er von seinem Gelde. Wie viel er habe, dürfe er nicht sagen, sonst kämen alle Leute und hielten die Hand auf und wollten was haben. Er wohne in Billwärder bei fremden Leuten, beim Bauer „Cloasen oder Clausen". Er fühle sich nicht krank, er habe es nur im Halse, könne nicht sprechen und keinen Athem holen. Die Schultern, die Arme, die Beine, überhaupt alles thue ihm so weh, er sei so schwach, dass er keine Fliege tragen könne.

Zu Bett gebracht, verhält sich Patient ruhig, hat keine Athemnoth, nur ab und zu röchelnden Husten.

28. Juli. Die Nacht ohne Mittel geschlafen. Liegt etwas unruhig.

29. Juli. Andauernd ruhig, völlig indifferent. Schlaf- und Nahrungsaufnahme gut.

20. August. Da Patient weder wachsaalbedürftig, noch fluchtverdächtig ist, wird er auf die Pflegestation verlegt. Bei der ärztlichen Exploration giebt

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

er seine Personalien richtig an. Zeitlich ist er nicht genau orientirt, er meint, es wäre Januar 1875, krank sei er nicht, Kopfschmerzen leugnet er gleichfalls.

Auf die Frage, warum er hier sei, erwidert er, weil er es in der Brust und in den Beinen habe. Auf weitere Fragen meint er, die Hauptstadt von Deutschland sei Detmold, die Elbe fliesse nach Berlin zu, Berlin sei die Station des deutschen Kaisers, dieser wohne aber in Potsdam.

Wo geht die Sonne auf? „Im Osten".

Wo unter? „Westlich".

„Warum feiert man Weihnachten?" „Am 25. und 26. December".

„Warum?" „Wegen Christi Geburt".

Leichtere Rechenexempel werden richtig gelöst.

$$2 \cdot 2 = 4$$
$$8 \cdot 9 = 72$$
$$12 \cdot 12 = —$$
$$12 \cdot 13 = —$$
$$10 \cdot 13 = 130$$
$$2 \cdot 13 = 36$$
$$12 \cdot 13 = 260.$$

15. November. Patient, welcher bisher wegen Schwäche bettlägerig war, steht am Nachmittag einige Stunden auf und sitzt im Wachsaal. Er geht allein zum Nachtstuhl, knickt beim Gehen allerdings öfters ein und sucht sich meist einen Stützpunkt. Trotz seiner Schwäche hat er die Absicht, wieder draussen zu arbeiten, um mehr zu verdienen, er wäre noch nicht zu alt hiezu. Er ist sehr kurzathmig und spricht daher in schnell herausgestossenen abgerissenen Sätzen, reagirt auf jede Anrede.

6. December. Patient fällt des Nachts, als er zum Nachtstuhl gehen will, so unglücklich, dass am nächsten Morgen grössere blaue Flecke auf der Brust und eine starke Schwellung der Umgebung des rechten Auge wahrzunehmen sind. Ueber der rechten Augenbraue ist ein grösserer Knoten von mittlerer Consistenz tastbar (Bluterguss).

8. December. Seit dem Fall ist Patient im hohen Grade motorisch erregt, kann kaum im Bett gehalten werden. Auf Anrufen öffnet er die Augen und sagt: „Ja", sonst ist er zu keiner Aeusserung zu bewegen. Ueber beiden Lungen reichliche grossblasige Rasselgeräusche. Temperatursteigerung. Nahrungsaufnahme schlecht.

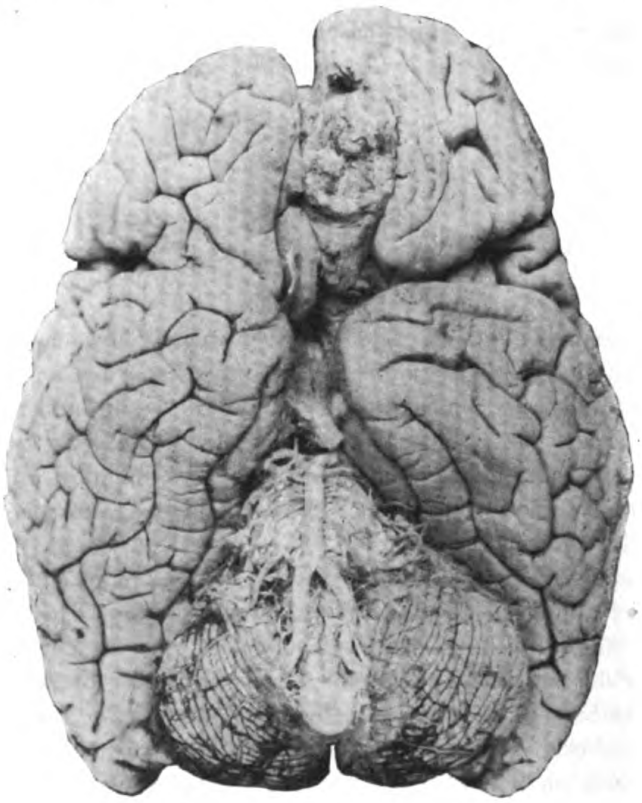
13. December. Exitus.

14. December. Section (Herr Prosector Dr. Kaes): Mittelgrosse männliche Leiche von mittlerem Ernährungszustand. In der Umgebung des rechten Auges und der unteren rechten Stirne starke Sugillationen. Die linke 5. Rippe ist fracturirt. In der Verlängerung des vorderen grossen Keilbeinflügels rechterseits kommt eine 1 cm lange Risswunde, welche mit Blutgerinnsel ausgefüllt ist, zum Vorschein. Das Schädeldach ist sehr leicht und dünn, die Diploe verwachsen, die Nähte sind an der Aussenfläche erhalten. Die Dura mater trägt rechterseits in der hinteren Schädelgrube und an der linken Convexi-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tät einen dünnen rostbraunen Belag mit kleinen frischen Blutungen, die weichen Häute sind ziemlich zart; die basalen Gefässe theilweise atheromatös entartet. Die Windungen der linken Convexität anscheinend etwas abgeplattet.

In dem Gyrus rectus des linken Stirnhirns ist eine, den linken N. olfactorius bedeckende und erdrückende knorpelharte Geschwulst von über Walnussgrösse eingebettet, welche über den unteren Rand der Mantelkante ein wenig auf die mediale Stirnhirnfläche übergreift, um das rechte Stirnhirn seitwärts zu verdrängen. (Siehe hiezu Fig. 1.) Unter dem Mikroskop erweist sich die



Figur 1.

Geschwulst als Psammon. Starker Hydrocephalus internus. Gehirngewicht 1600 g. Muskulatur des linken Herzmuskels etwas hypertrophisch. Beide Lungen angewachsen, ihre Unterlappen luftleer. Milz klein, Nierenkapsel leicht abziehbar. Die Nieren stark verkleinert, in der Rinde einige cystische Einsenkungen.

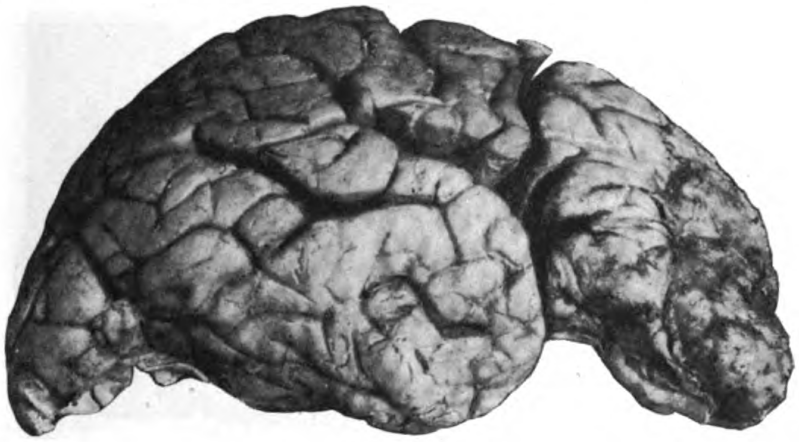
Beobachtung 2.

E. W. Heine, 51 Jahre alt, Hafenarbeiter, wird am 3. December 1904 im Werk- und Armenhaus zu Hamburg aufgenommen, weil er ein gebürtiger Hamburger, zu schwerer Arbeit nicht mehr fähig sei. Er kommt eben aus der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schutzhaft. Er erkärt sich selbst für gesund. 1896 hatte er im St. Georger Krankenhaus eine Lungenentzündung durchgemacht. Gegenwärtig stellt die ärztliche Untersuchung keinerlei palpable pathologische Veränderungen fest. Nur die unteren Lungengrenzen stehen auffallend tief, sie sind jedoch frei und verschieben sich bei Athembewegungen. Die Herztöne sind leise, der Spitzenstoss im 5. Intercostalraum innerhalb der Mammillarlinie tastbar. Am Nervensystem findet sich nichts Abnormes. Die Pupillen reagiren, die Sehnenreflexe sind sehr lebhaft, der Gang bietet nichts Auffallendes. Der Urin ist von Zucker und Eiweiss frei.

Patient gewöhnte sich bald in die Verhältnisse der Anstalt, wo er leichte Feldarbeit, trotz seines Emphysema pulmonum, dessen ärztliche Feststellung Aufnahme und Verpflegung im Werk- und Armenhaus veranlasste, verrichtete. Dieser Thätigkeit lag er fast ein halbes Jahr lang ob und fühlte sich dabei gesund. Da trat am 26. April 1905 plötzlich eine heftige Schwindelattaque auf, in dessen Gefolge sich Symptome von Seiten des Magens einstellten, die auf eine katarrhalische Erkrankung desselben zurückgeführt wurden und zu einer Medication von Mixtura acida führten.



Figur 2.

2. Juni 1905. Neuerdings heftige Schwindelanfälle. Patient wurde darauf hin eingehend untersucht, ohne dass es gelang, eine greifbare Ursache für dieselben ausfindig zu machen.

1. Juli 1905. Der Schwindel ist so stark, dass Patient die Arbeit aufgeben muss. Allmählich hat sich auch eine körperliche Hinfälligkeit entwickelt.

20. August 1905. Der Schwindel dauert unverändert fort.

15. September 1905. Patient muss wegen Bettnässens in einen anderen Saal verlegt werden.

14. November 1905. Exitus.

Der Sectionsbefund an den inneren Organen ist mir nicht bekannt geworden. Im rechten Stirnhirn sass, wie Fig. 2 zeigt, eine runde, klein apfel-

Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

grosse, scharf abgegrenzte, derbe Geschwulst, welche die Spitze des Frontallappens einnehmend und ersetzend, sich wenige Centimeter nach hinten zu ausdehnte, ohne jedoch an die vordere Centralwindung heranzurücken.

Beobachtung 3.

Johann Karl Ludwig Schw. wurde am 21. April im Krankenhaus zu Altona aufgenommen, weil er in einer Wirthschaft, anscheinend vom Schlage gerührt, umgefallen sei und das Bewusstsein verloren habe. Als er am nächsten Morgen zu sich kam, gab er zu, kurz vorher tüchtig gekneipt zu haben. Auch sonst sei er dem Trunk nicht abhold gewesen. Seiner Versicherung zufolge stamme er von gesunden Eltern und sei nie ernstlich krank gewesen. Bei der Untersuchung des über mittelgrossen, 52jährigen Mannes stellte sich eine complete Lähmung des linken Armes und eine theilweise des linken Beins heraus. An den Fingern der linken Hand war ein geringer Grad von Beweglichkeit erhalten, während das Bein noch gehoben und im Kniegelenk leicht gebeugt werden konnte. Der linke Patellarreflex war gesteigert. Die Zunge



Figur 3.

wurde gerade hervorgestreckt, die Pupillen reagirten. An der Herzspitze war ein systolisches Geräusch hörbar. Da Patient sich dauernd als ruhig und geordnet erwies, wurde er am 31. August nach dem Siechenhaus verlegt.

Der Aufnahmestatus vom 2. September ergab Beugecontractur des gelähmten linken Armes und Oedem der linken Hand, hemiplegische Gangstörung, Ataxie des linken paretischen Beins, keine Facialislähmung, keine Sensibilitätsstörung. Patient ist daselbst später unter mir nicht näher bekannten Umständen verstorben. Aus dem Krankenjournal des Werk- und Armenhauses geht jedoch hervor, dass der Zustand stationär geblieben und ein auffallender Intelligenzdefect nicht bemerkt worden ist.

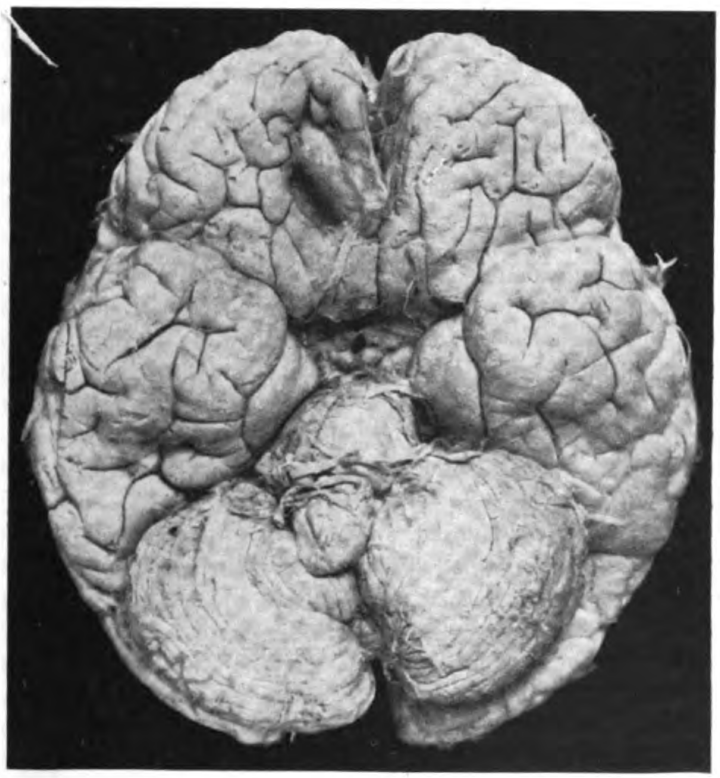
Da mir das Sectionsprotokoll nicht zu Gesicht gekommen ist, vermag ich nur die am bereits in Formalin gehärteten Gehirn vorliegende Läsion zu schildern.

Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Wie aus Fig. 3 ersichtlich, ist der Fuss der dritten und zweiten Stirnwindung der rechten Hemisphäre gleichsam herausgebrochen, da der Gyrus frontalis tertius mit einer scharfen Kante nach vorne zu abfällt, an welcher Stelle die eingesunkene Hirnsubstanz mit verdickten, fest anhaftenden Häuten ausgekleidet ist, die sich in innigem Contact mit der Gehirnoberfläche auf den Stirnlappen fortsetzen. Derselbe erscheint durch die bezeichnete Furche von der übrigen Hemisphäre abgeschnürt und ist einer hochgradigen Atrophie mit Verschmälerung und Verflachung der Windungen verfallen. Das Gehirn wurde für eine feinere Untersuchung in toto conservirt.

Beobachtung 4.

Friedrich Wilhelm W., 58 Jahre alt, gebürtiger Ostpreusse, wird am [illegible]. Februar 1899 im Werk- und Armenhaus zu Hamburg aufgenommen, da er an epileptischen Krämpfen leidet. Im Krankenhaus ist er nie behandelt worden.



Figur 4.

Der körperliche Status fördert keine Abnormitäten zu Tage: Der Gang ist normal, die Sehnenreflexe sind beiderseits in Ordnung, die Herztöne rein, der

Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Urin ist frei von Eiweiss und Zucker. Patient ist bis zum 31. August 1900 als Feldarbeiter thätig gewesen, wurde aber wegen einer Verletzung des rechten Armes im Krampfanfall für leichtere Arbeit empfohlen. In dem Befinden des Patienten trat keine nennenswerthe Veränderung bis zum Herbst 1902 ein, als sich Schmerzen und Druckempfindlichkeit unterhalb des Processus xiphoïdeus einstellten. Die Schmerzen hielten an; beim Aushebern des Magens entleerte sich eine blutige Flüssigkeit. Der Kranke wurde icterisch, die Leber mit leicht abgerundetem Rande fühlte sich hart an. In der Gegend der Gallenblase war ein harter Tumor von Hühnereigrösse palpabel. Am 23. Januar 1903 um $10^1/_2$ nachts ist Patient gestorben.

Aus dem Sectionsprotokoll hebe ich hervor: Allgemeine Anämie der Organe; Oedema pulmonum, Carcinoma ventriculi, welches auf die Leber übergegriffen hatte; Metastasen in der Leber und den Bauchdrüsen. Im rechten Stirnhirn fand sich eine Cyste, deren Zugang als schräg gestellte, klaffende Spalte an der Basalfläche, von der vorderen Hälfte des Gyrus rectus angefangen, die benachbarte Pars orbitalis durchsetzte und den rechten Tractus olfactorius einwärts drängte. Unweit der Spitze vertiefen sich einzelne Furchen zu einer pathologischen Einsenkung. (Siehe hierzu Fig. 4.)

Ueber die Tiefe der Cyste selbst, resp. deren Ausdehnung im Marklager konnte nichts ausgesagt werden, da das Gehirn behufs feinerer Zerlegung in durchsichtige Serienschnitte zum Zwecke der Verfolgung secundärer Degenerationen in toto conservirt wurde.

Beobachtung 5.

Die 54jährige Maurerswittwe Christine Maria Elisabeth S. aus Hamburg wurde am 3. März 1906 in die Irrenanstalt Friedrichsberg gebracht, weil ihr Gebahren den Verdacht einer Geistesstörung erweckt hatte. So schlich sie sich nachts ins Kinderzimmer, öffnete das Fenster und hielt das kleinste Kind heraus. Oder sie goss Ricinusöl und Wasser in das fertige Essen und legte sich angekleidet zu Bett. Eine Veränderung der Psyche wollen die Angehörigen der Patientin seit einem im November erlittenen Schlaganfall bemerkt haben. Sie wurde damals eines Morgens gegen 8 Uhr in ihrem Zimmer, bewusstlos auf dem Boden liegend, aufgefunden. Sie war ganz steif, die linke Körperhälfte schien gelähmt, auch konnte sie nicht sprechen. In diesem Zustand wurde sie am 14. December 1905 dem Eppendorfer Krankenhaus zugeführt. Der daselbst aufgenommene Status, der mit der Benommenheit der Patientin zu rechnen hatte, stellte folgendes fest: Dürftiger Ernährungszustand, Pupillen ziemlich gleich, beiderseits etwas eng. Die linke reagirt etwas mehr als die rechte. Facialisgebiet beiderseits etwas schlaff, links etwas mehr als rechts. Die Zunge wird gerade hervorgestreckt, zittert ein wenig. Ueber den Unterlappen der Lunge verschärftes Athmen, die Probepunction lässt trübe seröse Flüssigkeit abfliessen. Der 1. Herzton unrein, der 2. Aortenton etwas accentuirt. Die Reflexe an den unteren Extremitäten lebhaft, aber nicht pathologisch gesteigert. Stärker sind die reflectorischen Muskelzuckungen im Gesicht und an der linken oberen Extremität. Keine Lähmungen, keine Drüsen-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwellungen, keine Oedeme. Bei der gynäkologischen Untersuchung entdeckt man einen sehr starken eitrigen Ausfluss aus der Vagina. Patientin erholte sich überraschend schnell; der Pleuraerguss hatte sich resorbirt, das Sensorium aufgehellt. Körperlich noch etwas geschwächt, verliess sie das Krankenhaus.

Anamnestisch bemerkenswerth waren die Angaben, dass Patientin mehrfach abortirte, ihr Mann an unbekannter Krankheit gestorben sei, sie selbst in letzter Zeit häufiger an Kopfschmerzen gelitten. Auch hatte sie zu einer Zeit alles doppelt gesehen.

Dem körperlichen Status, welcher in Friedrichsberg niedergeschrieben wurde, entnehme ich nur, was von dem bereits angeführten Eppendorfer Protokoll abweicht:

„Pupillen sehr eng, beiderseits gleich, rund, anscheinend lichtstarr. Der linke Mundwinkel hängt etwas herab; die Lippenmuskulatur zitterte beim Sprechen. Die Zunge wird nach links vorgestreckt, zittert etwas."

Status psychicus (Dr. Sierau): Patientin kommt vergnügt lächelnd ins Untersuchungszimmer und sagt: „Sieh die Herren und Damen machen es sich aber bequem." Sie glossirt bei der körperlichen Untersuchung das Dictat des Arztes an die Schreiberin mit Zwischenbemerkungen, z. B.: „Ja das ist richtig" und ähnliche Redensarten.

Sie giebt an, am 17. April das 54. Jahr zurückgelegt zu haben, ihr Geburtsjahr weiss sie nicht. Hatte 8 Kinder, von denen 2 leben. Sie ist über den Ort ihres Aufenthaltes nicht orientirt, will erst 3 Tage hier sein. Sie will hier nicht länger bleiben und ihren Unterhalt mit Nähen verdienen.

Was können Sie nähen? „Allerlei und mancherlei!"

Welches Datum haben wir heute? „Da hab ich mich nicht drum bekümmert."

Und welchen Monat? „Februar."

Welches Jahr ist jetzt? „18 und was denn für 'ne Summe, 4 nicht? . . . sonst noch was?"

Kennen sie Friedrichsberg? „Ja" —

Wer kommt dahin? (Lacht) „So eine wie ich!"

Wollen Sie denn nach Friedrichsberg? „Um Gottes Willen, ich bitte Sie bloss, da komm ich garnicht wieder weg."

Sind Sie hier in Friedrichsberg? (Lacht vorschmitzt) „Sie das glaub' ich nicht!"

Wie heisst der deutsche Kaiser? „Der heisst Kaiser."

Wie ist sein Name? — (Nach einigem Besinnen) „Wilhelm der Alte."

Patientin ruft der Schreiberin zu: „Wilhelm der Alte können Sie nicht schreiben, das ist ja der Alte gewesen!" —

Wann war es, als der regierte? . . . . (Keine Antwort.)

Wie lange ist das her? „Das kann ich nicht sagen, 14 Jahre wohl".

An welchem Fluss liegt Hamburg" — „An der Oder.

$3 \times 3 = 9$

$4 \times 12 = ?$

$4 \times 4 = 16.$

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

17—3? „O Gott, 17—3 giebts garnicht".

4—2? „Das ist noch schöner".

2—4? „Das ist noch ebenso, das ist erst recht nichts".

Patientin ist unsauber mit Stuhl und Urin.

6. März fragte Patientin die Wärterin: „Haben die Kinder schon Füsse?"

12. März. Unverändert, schläft fast den ganzen Tag. — Heute auf die Siechenstation verlegt.

Aus dem von mir neuerdings aufgenommenen Status hebe ich hervor:

Zunge wird grade hervorgestreckt, zittert leicht. Beben der Gesichtsmusculatur. Steigerung der Patellarreflexe. Passive Beweglichkeit im Knie und Fussgelenk beiderseits vermindert. Links Fussclonus. Gang spastisch paretisch, erfolgt mit kleinen Schritten, das linke Bein schleift am Boden. Der rechte Arm zittert stark bei intendirten Bewegungen. Pat. ist sehr hinfällig, zeitweise leicht somnolent.

Sie nässt fortwährend ein, auch in klaren Augenblicken. Später Retentio urinae, muss katheterisirt werden. Hartnäckige Stuhlverstopfung. Rasch fortschreitende trophische Störungen. Ueber dem Kreuzbein Decubitus, an den Knöcheln und symmetrischen Partien der äusseren Fussränder blutig suffundirte Blasen.

Psychisch ist Patientin zeitweise klar, zeitweise desorientirt; die Nahrungsaufnahme ist gut, kein Fieber. Ein Versuch mit mässigen Jodkalidosen führt zu vorübergehender Besserung des Allgemeinzustandes.

15. April. Patientin wird immer hinfälliger. Es tritt ein gelblich graues Colorit auf, auch die Scleren der Augen werden deutlich icterisch. Die Nahrungsaufnahme wird schlechter, schliesslich beschränkt sich dieselbe nur auf Flüssiges. Es stellen sich zeitweise unter Fieber mit Schüttelfrost Anfälle sehr heftiger Schmerzen in der Ileocöcalgegend ein, die nach einigen Tagen wieder verschwinden. Transitorisches Oedem des rechten Augenlids. Oedematöse Schwellung und Verhärtung der rechten Parotis. — Husten. Ueber dem Unterlappen der linken Lunge reichlich feuchtes Rasseln. — Dämpfung. — Temperatursteigerung. Exitus.

Section (Prosector Dr. Kaes): Stark abgemagerte weibliche Leiche; an beiden Stirnlappen nicht ganz symmetrirch liegende, unscharf begrenzte, im Durchmesser $1^1/_2$ bis 2 cm betragende verhärtete und morphologisch umgewandelte Partien der hirnoberfläche (alte Erweichungen siehe Fig. 5). Im linken Lungenlappen bronchopneumonische Herde. Die Leber verkleinert, knollig deformirt, nicht gallig gefärbt. (Syphilitische Lebercirrhose). Linksseitige Pyelonephritis. In der linken Niere kleine Abscesse. Genitalorgane ohne Befund; der Parotistumor enthält keinen Eiter. An den Frontalschnitten, welche durch das in Formalin gehärtete Gehirn gelegt wurden, ist keine Herderkrankung nachweisbar. Das Lumen, auch der kleineren Gefässe ist auffallend klaffend. Das in doppeltchromsaurem Kali gehärtete Rückenmark lässt auf Querschnitten unbestimmt configurirte hellere Flecke in den Marksträngen erkennen.

Die Häute des Gehirns und Rückenmarks sind zart.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Figur 5.

Ein Ueberblick über die dargebotenen Krankenberichte zeigt, welcher polymorphe Reichthum pathologischer Erscheinungen parallel mit Stirnhirnläsionen oder vielleicht durch dieselben bedingt sich entfalten kann, und welchen Schwierigkeiten der Versuch, ein Abhängigkeitsverhältniss der einen von den anderen unvoreingenommen zu construiren, preisgegeben ist. Keine einzige der hier vorgeführten Stirnhirnerkrankungen wurde während des Lebens diagnosticirt.

Die epikritische Betrachtung verweist nur zwei von den fünf Fällen unter die Psychosen; in dem einen handelte es sich um einen presbyophrenischen Symptomencomplex (Wernicke), in dem anderen um eine eigenartige perniciöse Verlaufsart der Lues cerebro-spinalis. In Keinem wird man verleitet, an eine Beziehung zwischen Stirnhirn und Geisteskrankheit zu denken. Die örtliche und zeitliche Desorientirtheit des 72jährigen, hinfälligen Greises, sein subjectives Insufficiensgefühl, seien hypochondrischen Klagen, die Gleichgültigkeit, mit der er die Irrenanstalt betritt und hier in den Tag hineinlebt, sind durch den Altersschwachsinn hinlänglich erklärt so, dass keine Nöthigung vorläge, an eine Einwirkung der Geschwulst zu denken. Die furibunden Delirien, die unmittelbar nach dem unglücklichen Fall auftraten, waren der Ausdruck der in der Leiche vorgefundenen Pacchymeningitis haemorrhagica, welche durch das Tauma hervorgerufen wurde.

Die Kranke unserer Beobachtung 5 wurde geistig abnorm nach einem Schlaganfall, bis dahin hielten sie ihre Angehörigen für geistig gesund. Eine vorzeitige Arteriosklerose bei der 54jährigen Patientin als causales Moment ist aus folgenden Gründen abzulehnen. Die Patientin, deren Mann an einer unbekannten Krankheit gestorben ist, hat mehrfach abortirt, sie litt an Kopfschmerzen, die angesichts der Klopfempfindlichkeit des Hinterhaupts wohl zumeist hier ihren Sitz

Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

hatten, zeitweise sah sie auch die Gegenstände doppelt; die Lähmung ging nach dem Anfall auffallend schnell zurück, die engen Pupillen wurden auf Lichteinfall fast reactionslos gefunden, die Darreichung von Jodkalidosen bewirkte eine wahrnehmbare, wenn auch nur transitorische Besserung im Befinden der Patientin. All dies spricht gegen Arteriosklerose und für Lues. Berücksichtigen wir ferner die klinischen Symptome, die bereits in vivo auf eine Rückenmarkskrankheit deuteten, die eigenthümlich spastisch-paretische Gangstörung, die gesteigerten Sehnenreflexe an den Beinen, die trophischen Störungen, die Incontinentia urinae et alvi, so haben wir um so weniger das Recht, einen arteriosklerotischen Process zu vermuthen. Direct beweisend aber scheint mir der Sectionsbefund, besonders hinsichtlich der Leber. Das Aussehen des Rückenmarks lässt auf die bei Luetikern so häufigen Strangdegenerationen, welche Nonne als Myelitis funicularis beschrieben hat, schliessen.

Dass sich nun auf dem Boden der syphilitischen Infection eine Psychose entwickelt, bedarf keiner Rechtfertigung durch Heranziehung der herdförmigen Rindenveränderungen an beiden Frontallappen. Die Patientin bot allerdings bei ihrer Einlieferung in die Irrenanstalt ein manisch-moriatisches Zustandsbild, welches ich durch wörtliche Anführung eines Dialogs in der Absicht illustrirt habe, um den Kennern der Witzelsucht Gelegenheit zu geben, in demselben eventuell einen localdiagnostischen Wink zu erblicken. Leider ist die Kranke nach einem kurzen Zwischenstadium der Hemmung, schon nach einer Woche wieder geistig klar geworden und ist es, kurz dauernde Absenzen abgerechnet, bis zu ihrem Tode geblieben. Das transitorische Verhalten gilt sowohl bei cerebraler Herderkrankung als bei Psychosen als ein Kriterium luetischer Aetiologie.

An körperlichen Erscheinungen bieten die 5 Fälle ein ebenso spärliches Material für die Localdiagnose. Der erste Patient leugnete am 12. August, also etwa vier Monate vor der Section, zu einer Zeit, zu welcher die Geschwulst sicherlich schon bestanden hat, jeden Kopfschmerz ab. Er fühlte sich auch nicht kopfkrank, sondern glaubte nur wegen seiner Schwäche auf den Beinen und seiner Athemnoth Aufnahme gefunden zu haben. Der Patient Heine, welcher wegen Lungenemphysem im Werk- und Armenhause aufgenommen wurde, bot am Nervensystem nichts Abnormes. Leichter Feldarbeit lag er ein halbes Jahr ob und fühlte sich dabei gesund. Am 26. April traten plötzlich heftige Schwindelanfälle auf, und ungefähr ein halbes Jahr später ist er, nachdem sich sein Zustand fortschreitend verschlimmert hatte, gestorben. Angesichts der Symptome des Schwindels und der progressiven

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Entwickelung des Leidens, hätte der Verdacht auf Gehirntumor, und bei der Abwesenheit sonstiger localer Cerebralsymptome vielleicht auch auf Stirnhirntumor in der Reihe der diagnostischen Möglichkeiten einen Platz beanspruchen können. Schwindel ist jedoch, wie aus der Monographie Hitzig's hervorgeht, ein bei Stirnhirngeschwülsten häufiges Symptom, keineswegs aber bei Befallensein dieser Hirnlocalität am häufigsten anzutreffen und verliert daher seine absolut topisch diagnostische Bedeutung. Im Falle Schw. erklärt der Substanzverlust in der unteren Hälfte der rechten Centralwindung Parese und Contractur des linken Armes. Die Mitbeteiligung des linken Beins begründet die Tiefe der Grube, indem die Stabkranzbündel für den Scheitel der Centralwindungen giebelig nach aussen vorspringen und jede weiter unten gelegene Läsion, die seitwärts in das Marklager vordringt, die Leitungen für die untere Extremität von ihrem centralen Ende abschneiden muss.

Bemerkenswerth ist die Intactheit des Facialis, welcher hier seine corticale Innervation bloss von der linken Hemisphäre erhalten hat. Der Krankheitsprocess dürfte hinsichtlich des bedeutenden Defectes eher eine embolische Erweichung als eine Blutung gewesen sein, wofür der Nachweis eines systolischen Geräusches am Herzen eine weitere Stütze abgab. Die hochgradige Atrophie des gesammten rechten Stirnhirns machte sich im klinischen Bilde durch nichts bemerkbar. Da Patient ruhig und geordnet, wegen Lähmung der linken Seite in seiner Arbeitsfähigkeit aber beschränkt war, wird er im Werk- und Armenhaus bei einer ihm angepassten Thätigkeit verpflegt. Da er bis zu seinem Tode daselbst verblieben ist, kann eine eventuell später aufgetretene psychische Störung ausgeschlossen werden, wenngleich hierüber keine Aufzeichnungen vorliegen. Der Kranke, welcher an Carcinoma ventriculi verstarb, litt an genuiner Epilepsie. Eine greifbare Ursache erbrachte der Sectionsbefund in Gestalt einer Cyste im rechten Stirnhirn. Dass ein causaler Connexus zwischen Cyste und Epilepsie bestehen kann, lehrt die Erfahrung, der Sitz der Gehirncyste ist aber für das Auftreten von Epilepsie ganz belanglos. Grössere Erweichungscysten, an beliebiger Stelle des Grosshirns situirt, vermögen epileptische Anfälle hervorzurufen.

Die Analyse unserer Beobachtungen führt somit zu einem Ergebniss, welches stets sich gleich bleibt, wenn Unbefangenheit an einen Fall dieser Art herantritt. Die Negation jedes Lokalsymptoms darf uns nicht Misstrauen gegen unsere Untersuchungstechnik einflössen und die vage Zuversicht auf neue Methoden, die fähig wären, Ungeahntes zu Tage zu fördern, darf uns nicht bestimmen, das Stirnhirnproblem bei Seite zu legen.

Die Negation leugnet den Ausfall corticaler Gedächtnissspuren. Charakteristische Bewegungsstörungen an den contralateralen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gliedmaassen, die auf eine Einbusse von Innervationsbildern hinwiesen, für welche bis nun erst Anton und seinen Schülern der Sinn aufgegangen ist, konnte ich in Uebereinstimmung mit allen anderen Untersuchern nicht feststellen.

Der Bewusstseinsinhalt, wie Wernicke sagen würde, ist bei Stirnhirnerkrankungen, soweit nicht die Beeinträchtigung anderer Rindenprovinzen oder Allgemeinerscheiuungen das klinische Bild beherrschen, intact. Es wäre nun die Frage aufzuwerfen, ob nicht die Bewusstseinsthätigkeit oder die Summe der dieselbe treibenden Gefühle eine pathologische Einschränkung oder Richtungsänderung erfahren. Wie ich glaube, dürfen wir diese mit Bestimmtheit verneinen, wenn wir bedenken, wie lebhaft selbst leichte Abnormitäten der Bewusstseinsthätigkeit und des Gefühlslebens in die Augen springen, während Lücken im Bewusstseinsinhalt oft gesucht werden müssen. Partielle Amnesien, hemianopische Gesichtsfelddefecte, Tastlähmung, leichte Paresen können selbst der ärztlichen Untersuchung entgehen, jede Lockerung oder Lösung in der logischen Verkettung unserer Vorstellungen, jede pathologische Abweichung des formalen Denkens gewahrt auch der Laie. Viel energischer machen sich pathologisch veränderte Gefühle geltend, sei es durch pathologische Uebertriebenheit, sei es durch Abschwächung oder gänzliches Verstummen der Gefühlstöne, da sie nur zu leicht in Handlungen umschlagen, welche die Aussenwelt zur Abwehr zwingen. Der Maniacus verschleudert in überschwenglichster Hoffnung ein Vermögen, die melancholische Verstimmung birgt die Gefahr der Selbstvernichtung, die Angst des Paranoikers macht den Verfolgten zum Verfolger. Indolenz und Apathie in den Formen des Blödsinns leiten sich weniger von einer Verarmung an Vorstellungen, welche erst secundär eintritt, als vom Ersterben der Gefühle ab. Die Gefühle sind ihrem innnersten Wesen nach von den Vorstellungen, welche sie begleiten, different, und es nicht denkbar, dass denselben morphologischen Individuen, wenn auch in besonderer Lage und Anordnung zwei in ihrer Erscheinung so durchaus unvergleichbare Lebensäusserungen zukommen sollten.

Da Bewusstseinsthätigkeit und Gefühl einem Localisationsversuch in der Hirnrinde nicht nur a priori widerstreben, sondern auch weder durch das Experiment oder die Klinik eine Wahrscheinlichkeit hierfür gegeben ist, der Bewusstseinsinhalt aber, d. h. die Summe der Vorstellungen der verschiedenen Sinnesgebiete sich erwiesenermassen mit den Functionen umschriebener Rindenpartien deckt, müssen wir die Production von Vorstellungen, welche wir seit Meynert als eine specifische Rindenleistung erkennen — Meynert's Auffassung ging den Experimenten Hitzig's voran — der Rinde des Stirnhirns absprechen. Wenn-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gleich es müssig wäre, über die Existenz einzelner Fasern, die von der Peripherie stammend, das Stirnhirn erreichten, zu discutiren, so ist es zur anatomischen Thatsache geworden, dass das Stirnhirn gleichwie der Scheitellappen, der grösste Theil des Schläfe- und des convexen Hinterhauptslappens (das hintere Associationscentrum Flechsig's) keinerlei compacte Formationen eines Projectionssystems, vielleicht mit Ausnahme der Spitze sowie der basalen Abschnitte, einschliesst. Entgegen der Anschauung Meynert's, welcher die Hirnrinde in ihrer Gesammtheit zu einer Trägerin unseres Vorstellungslebens machte, da die von ihm geübte Methode dieser Abfaserung die Differenzirung der Markbündel des Hirnmantels nicht zuliess und ihm demgemäss die gleichmässige Ausstattung jeder Rindengegend mit Stabkranzbündel durch anatomische Präparation als gesichert galt, müssen wir den grösseren Theil der menschlichen Hirnrinde von dieser Function ausschliessen.

Zu dieser Ueberzeugung gelangte ich durch das Studium der Markbahnen der hinteren Grosshirnconvexität, welche im beträchtlichen Umfange mit der Organisation des Stirnhirns übereinkommt. Den ersten Schritt zu dieser Betrachtungsweise hat in Deutschland Flechsig mit Entdeckung der stabkranzfreien Associationscentra gethan. Obgleich ich für die Richtigkeit seiner Behauptung, speziell bezüglich des hinteren Associationscentrums an Bildern, wie sie Weigertpräparate bei secundärer Bündeldegeneration darbieten und an solchen eines balkenlosen Gehirnes die sprechendsten Belege hatte, so käme diese rein morphologische Frage für die functionelle Bedeutung jener Faserzüge wenig in Betracht, da nur compacte Bündelformationen, die bei geeigneter Differenzirung an Weigertpräparaten auch ausgewachsener Gehirne hervortreten, bei ihrer Schädigung constante klinische Symptome nach aussen werfen. Compacte Stabkranzbündel fehlen sowohl dem hinteren als dem vorderen Associationscentrum lechsig's.

Wenn man die in der Litteratur verzeichnete Symptomatologie bei Erkrankungen im hinteren Associationscentrum Flechsig's kritisch durchmustert, drängt sich sehr bald der Verdacht auf, dass angesichts der in der Regel beträchtlichen Ausdehnung der vorgefundenen Herde, hier Ausfallserscheinung keineswegs den klinischen Ausdruck einer Rindenläsion bedeute, sondern in Wirklichkeit das Symptom einer Leitungsunterbrechung bestimmter tiefer gelegener Markbündel darstelle. Ich habe dies für die Erscheinungen der Wort- und Seelenblindheit, die man auf Erkrankungen jener Rindenregionen mit Vorliebe zurückführt, in einem Vortrage auf dem XXI. Congress für innere Medizin angenommen und Thatsachen beigebracht,

Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

welche mir für die gegebene Erklärung nicht unwesentlich erscheinen. Eine inzwischen vorgenommene Durchsicht der gesammten einschlägigen Litteratur erbrachte mir nur Bestätigungen meiner Annahme. In dieser kann mich auch v. Monakow's Haltung in der neuesten Auflage seiner Gehirnpathologie, welche über die Arbeiten der letzten Jahre hinwegsieht und sich mit einer glücklichen Uebereinstimmung der Autoren hinsichtlich der Alexie als eines Localsymptoms des unteren Scheitelläppchens zufrieden gibt, nicht beirren.

Ein Gleiches gilt für die Amnesia verbalis, welche sicher nicht, wie Pitres vermuthet, mit Rindenläsionen im unteren Scheitelläppchen in Beziehung steht. Abgesehen davon, dass nur ein Bruchtheil der von ihm aphoristisch citirten Fälle wirklich Erkrankungen im unteren Scheitelläppchen aufweist, übersieht er eine Gesetzmässigkeit, welche allerdings nur bei Anwendung einer feineren Untersuchungstechnik augenfällig wird, nämlich die, dass bei Verschluss des vierten Astes der Arteria Fossae Sylvii die Erweichung zwar im unteren Scheitelläppchen an die Oberfläche tritt, aber gleichzeitig das Marklager der ersten und zweiten Schläfewindung vernichtet. In letzter Zeit hat Hammond einen Fall von isolirter traumatischer Läsion der ersten linken Schläfewindung mit vollständiger Amnesia verbalis veröffentlicht, welcher für die Verlegung der Klangbilder in die erste Temporalwindung nicht weniger Beweiskraft besitzt, als der bekannte Fall Simon für die Localisation der kinästhetischen Gedächtnisspuren in den Fuss der dritten Stirnwindung.

Welche Function ist jenen umfangreichen Grosshirnabschnitten eigen, wenn ihnen die Productivität von Vorstellungen abgesprochen werden muss? Diejenige, welche die anatomische Gestaltung, die in dem Gleichnis einer riesenhaften Telegraphenanlage mit einer unüberschaulichen Fülle von Dimensionen und Verlaufslängen sich versinnlicht, als die einzig mögliche und denkbare zulässt, die der zusammenfassenden Leitung. Den Inhalt liefern jene engbegrenzten Rindenzonen, deren Structur nicht allein durch Markfaserreichthum sich kennzeichnet und deren durch compacten Stabkranz vermittelter Contact mit der Peripherie auch dem unbewaffneten Auge sich offenbart. Von anderen Thatsachen ausgehend, glaube ich dies für den corticalen Sehbezirk dargethan zu haben („Zur Theorie des corticalen Sehens", Archiv f. Psych. Bd. XXXIX. Heft 2 und 3). Flechsig's Sinnessphären sind nicht nur corticale Aufnahmestationen der Sinneseindrücke, sie enthalten zugleich die Spuren für eine künftige Wiederbelebung, sie haben die Bedeutung von Centralorganen des menschlichen Sinnengedächtnisses.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XXXI.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel
(Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).

Zur Symptomatologie und Pathologie der Balkentumoren.

Von

Arthur Lippmann.

Die Anatomie und Physiologie des Balkens ist trotz vieler Untersuchungen und Experimente nicht sicher gestellt. Während die einen (Hitzig) die Balkenfaserung für ein grosses Commissurensystem halten, das symmetrische Theile der Grosshirnrinde verbindet und damit die Harmonie in den Funktionen der verbundenen Theile sichert, neigen andere (Ransom) der Ansicht zu, dass die Balkenfasern auch nicht homologe Theile, z. B. den Thalamus opticus einer Seite mit der Rinde der anderen Seite verbinden und mehr ein Zuleitungssystem für sensible Eindrücke darstellen. Experimente haben keinerlei Klärung in der Frage gebracht.

Die Tumoren des Balkens sind sehr selten, stehen sie doch nach Dressel's Zusammenstellung mit 2,5 pCt. an letzter Stelle von den Gehirntumoren.

So ist es leicht verständlich, dass die Symptomatologie dieser Tumorengruppe so wenig geklärt ist, dass es bei den etwa 50 bisher veröffentlichten Fällen nur in drei Fällen (Bristowe, Giese und Dressel) gelang, die Diagnose intra vitam zu stellen. Eine weitere recht erhebliche Schwierigkeit bei der Aufstellung der typischen Symptome ist dadurch gegeben, dass die Tumoren nur in sehr seltenen Fällen fest localisirt auftreten, meistens hatten sie grössere benachbarte Bezirke ergriffen, wodurch das Symptomenbild verschleiert wurde.

Alle Autoren sind in Folge dessen darin einig, dass eine sichere Umgrenzung der zu erwartenden Erscheinungen unmöglich sei. Aber

Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

während Oppenheim erklärt, dass es keine Erscheinung gebe, die mit Bestimmtheit als ein Herdsymptom des Balkens bezeichnet werden könne, und alle auftretenden Funktionsstörungen durch Uebergreifen des Tumors auf benachbarte Hirnabschnitte erklären will, ist von anderer Seite doch mehrfach eine Aufstellung einer Symptomengruppe versucht worden.

Als erster veröffentlichte Bristowe 1884 an der Hand von vier selbst beobachteten Fällen ein Schema, das seiner Meinung nach die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Tumor corporis callosi zuliesse. Die 5 wesentlichen Punkte sind:

1. Allmähliche, allen Cerebraltumoren zukommende Steigerung der Krankheitssymptome.
2. Mangel oder Geringfügigkeit der allgemeinen Tumorsymptome (Kopfschmerz, Erbrechen, epileptiforme Anfälle, Neuritis optica).
3. Tiefe Störung der Intelligenz (Stupor, Sopor), sowie eine nicht aphatische Sprachstörung.
4. Hemiparesen, die sich oft mit leichteren Paresen der anderen Körperhälfte verbinden.
5. Abwesenheit der Erscheinungen von Seiten der Hirnnerven.

Im Wesentlichen haben sich die späteren Autoren ihm angeschlossen und zum Theil noch einige Symptome hinzugefügt. So machte Ransom auf die fehlende Aenderung der Sehnenreflexe aufmerksam, er betonte auch, dass die Diagnose bedeutend an Sicherheit gewänne, wenn bei einer Hemiparese die andere Seite auch stärker betheiligt sei. Später wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass die allgemeinen Tumorsymptome garnicht so häufig so gering seien, wie es von Bristowe verlangt wurde. So veröffentlichte Giese einen derartigen Fall, wobei auch er die Wichtigkeit einer doppelten Parese betont, die man unbedingt als typisches Symptom des Balkentumors annehmen müsste, da sie sonst nur durch zwei symmetrisch in den motorischen Centren liegende Tumoren zu erklären sei. Bruns betont als wichtiges Zeichen die hochgradige Intelligenzstörung, die im auffallenden Gegensatze zur Geringfügigkeit der allgemeinen Tumorerscheinungen stehen solle, er nennt sie sogar das eigentliche — allerdings sehr dubiöse — Herdsymptom des Balkentumors. Indem er die sehr schlechte Verwendbarkeit negativer Symptome (Bristowe 2 und 5) betont, giebt er folgende Kennzeichen für den Balkentumor an. Dieser sei wahrscheinlich:

> „Wenn bei einem Tumor, der durch seinen Verlauf an einen Grosshirntumor denken lässt, von Anfang an Paraparesen und leichzeitige Störungen der Intelligenz auftreten. Dabei muss

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aber verlangt werden, dass etwa sonst noch vorhandene Symptome nicht mit grösserer Bestimmtheit auf einen anderen Sitz (Hirnstamm) oder auf multiple Tumoren hinweisen."

Schliesslich betont er aber noch, dass er die Möglichkeit, mit einiger Sicherheit die Tumoren zu diagnostisiren, für recht selten halte.

Diesem steht Schupfer sehr optimistisch gegenüber, der sich nicht nur mit der Diagnose des Balkentumors als solchen zufrieden giebt, sondern auch die Localisation innerhalb des Balkens versucht. So soll nach ihm u. a. für den Sitz des Tumors sprechen:

1. Für das Knie, wenn vor Auftreten motorischer Erscheinungen psychische Störungen lange vorhergingen, wenn der Facialis isolirt betroffen wird, wenn die Parese der oberen Extremität stärker ist, als die der unteren.
2. Für die Mitte gleichzeitiges Auftreten oder Fehlen von Lähmungen beider Extremitäten.
3. Für das hintere Ende, wenn die Paresen an den Beinen beginnen.

Dass psychische Störungen im Vordergrunde stehen, wird von allen Autoren betont. Schuster hat bei einer Zusammenstellung von dreiunddreissig Fällen in 31 Fällen psychische Störung nachgewiesen und auf Grund dieser Thatsache den Satz aufgestellt, dass Tumoren des Balkens stets von psychischen Störungen begleitet sind. Dieses lässt sich auch gut vereinbaren mit der Mittheilung Hitzig's, dass die meisten mit totalem oder theilweisem Mangel des Balkens behafteten Individuen mehr oder weniger stumpfsinnig seien. Schuster hat auch feststellen können, dass die Tendenz angedeutet ist, dass die Tumoren,

> „welche einfache nicht durch irgendwelche Erregungszustände complicirte geistige Schwächezustände produciren, in den vorderen Balkentheilen, dass die, welche delirante und ähnliche Zustände erzeugen, in den hinteren Balkentheilen gelegen sind".

Mehrere der oben genannten Symptome fanden sich auch bei einem Falle der Kieler psychiatrischen Klinik, der mir gütigst von Herrn Geheimrath Prof. Siemerling zur Verfügung gestellt wurde. Es lag hier noch insofern eine besondere Schwierigkeit vor, als zwar Anamnese und Status an einen Balkentumor denken liessen, ein besonderer Augenspiegelbefund aber auf eine andere Aetiologie der Erscheinungen hinwies, so dass die anfangs gestellte Wahrscheinlichkeitsdiagnose Tumor corporis callosi wieder fallen gelassen wurde.

Ich lasse nun die Krankengeschichte folgen.

Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Die 44 Jahre alte Gerichtssekretärsfrau D. W. wird am 4. December 1906 von ihrem Manne in die Klinik eingeliefert.

Anamnese (nach Angaben des Mannes): Vater todt, 68 Jahre, Schlaganfall. Mutter todt, 66 Jahre, Altersschwäche. Keine Blutsverwandtschaft. Ihre 3 Geschwister sind gesund. Als Kind hatte sie gastrisches Fieber, lernte gut in der Schule und war später im Haushalte beschäftigt. Auftreten der I. Menses ist unbekannt. Vor 10—12 Jahren soll sie Netzhautentzündung gehabt haben, besonders soll das linke Auge gelitten haben. Sie heiratete mit 30 Jahren, die Ehe war glücklich.

Es folgten 5 Geburten und zwischendurch 3 Frühgeburten resp. Aborte. Ein halbes Jahr nach der letzten Geburt (October 1904) klagte sie über zunehmende Mattigkeit, die auf Schlafmangel infolge Wartens des Kindes zurückgeführt wurde.

Im September 1906 traten morgens Kopfschmerzen auf, die allmählich stärker wurden. Sie traten periodisch in Intervallen von wenigen Stunden auf, sollen besonders heftig im Hinterkopf gewesen sein. Es fiel eine Abnahme der geistigen Fähigkeiten auf, auch sollen ihre Bewegungen erheblich langsamer geworden sein. Seit Mitte October ist sie bettlägerig. Damals soll mehrmals Nasenbluten bestanden haben. Jetzt soll sie sehr wenig sprechen und zwar heiser und verwaschen. Sie ist ist sehr vergesslich und gleichgültig, doch begeht sie keine verkehrten Handlungen.

Fieber, Erbrechen (bis auf zweimaliges leichtes Würgen), Lähmungen, Krämpfe, Schwindel sind nie beobachtet worden. Es besteht hartnäckige Verstopfung. Menses sind regelmässig. Die Kranke hielt sich bisher sauber. Luetische Infection wird für beide Ehegatten negirt.

Status: 1,67 m grosse Frau mit gut entwickelter Musculatur, in gutem Ernährungszustande (67,5 kg), Temperatur 37,5, Puls bei der Aufnahme 104, im Bett 76, mittelgespannt.

Schädel ohne Narben, auf Beklopfen empfindlich, auf Druck nicht. Percussion ohne Besonderheit.

Maasse: L : 18, Q : 15, U : 55,1 cm.

Kopfbewegungen seitlich activ und passiv frei, Nickbewegungen etwas erschwert und beschränkt, zeitweilig besteht der Eindruck leichter Nackensteifigkeit.

Leichter Strabismus convergens links.

Pupillen mittelweit, gleichweit, rund.

Licht- und Convergenzreaction positiv, ebenso Conjunctival- und Cornealreflex.

Augenbewegungen frei.

Rechter Mundfacialis erscheint kräftiger als der linke.

Gebiss defect.

Zunge wird gerade herausgesteckt, zittert etwas, zeigt starke seitliche Zahneindrücke, stark belegt.

Gaumenbogen gleichmässig gehoben. Rachen- und Würgreflex schwach positiv.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Leerschlucken gut. Milch wird langsam getrunken, ein Theil wird im Munde zurückbehalten; wenn die Nase zugehalten wird, erfolgt gutes Schlucken.

Sprache etwas langsam, nasal. Keine Articulationsstörung.

Arme: Grobe Kraft beiderseits gleich gering (Dynamometer beiderseits 10), mechanische Muskelerregbarkeit nicht erhöht.

Abdominalreflex fehlt.

Beine beiderseits bis über 45° erhoben, nur kurze Zeit erhoben gehalten, grobe Kraft beiderseits gleich gering.

Keine Spasmen.

Patellarreflex lebhaft, Achillessehnenreflex gesteigert, unerschöpflicher Fussclonus. Kein Babinski'sches Phänomen.

Kniehackenversuch nicht verstanden.

Gang (mit Unterstützung) langsam. Füsse kaum vom Boden erhoben, kleine Schritte. Ohne Unterstützung droht Patientin nach hintenüber zu fallen.

Bei Fussaugenschluss leichtes Schwanken.

Pinselstriche anscheinend überall empfunden, wegen der Benommenheit nicht lokalisirt. Deshalb auch andere Proben unmöglich. Warm und kalt prompt unterschieden.

Allgemeine Hyperalgesie.

Andere Organe o. B.

Urin ohne Eiweiss und Zucker.

Patientin hat Krankheitsgefühl, giebt an, starke Kopfschmerzen (Stirn) zu haben und oft schwindlig zu sein. Bei der Untersuchung liegt sie matt und apathisch im Bett, versinkt in sich und wird traumhaft benommen. Die Antworten erfolgen zögernd und erst auf mehrfaches Fragen. Es fällt die ausweichende und oft witzelnde Form ihrer Aussagen auf. Es werden nur die einfachsten Rechenaufgaben gelöst.

Lumbalpunction: Druck 250 mm, nach Ablassen von 17 Tropfen 200 m, dann 120 mm.

Die Flüssigkeit ist klar, enthält 2 pM. Eiweiss und ergiebt keine Trübung mit Magnesiumsulfat. Es besteht keine Lymphocytose.

Augenspiegelbefund: Rechts: Papille normal. Keine Aderhautherde.

Links: Ausgesprochene Neuritis optica.

Papille geröthet, schmutzig grau verfärbt, Grenzen vollständig verwaschen: es besteht geringe Schwellung, entzündliche Herde nicht sichtbar. Oberhalb der Papille mehrere etwa $^1/_2$ Papille Durchmesser grosse scharf begrenzte alte weisse atrophische Aderhautherde zum Theil mit dickem Pigmentsaum und Pigmenthaufen im Herde selbst.

Etwa 1 Papillen-Durchmesser über der Papille finden sich $2^1/_2$ Papillen-Durchmesser grosse frische gelbe Aderhautherde mit etwas verwaschenen Grenzen und minimaler Prominenz.

Es wird der Verdacht auf eine tuberculöse Erkrankung ausgesprochen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ohruntersuchung ergiebt nichts Pathologisches.

Verlauf. 6. December. Patientin ist etwas lebhafter, ist örtlich nicht orientirt, erkennt aber ihre Schwester. Keine Aphasie.

8. December. Leicht benommen. Schluckt zeitweilig schlecht. Behält Speisen und Flüssigkeit lange im Munde.

14. December. Unverändert benommen. Klagt über starke Kopfschmerzen. Nässt ein. Gang unverändert.

16. December. Erkennt ihre Verwandten nicht.

19. December. Drohender Decubitus. Zunehmende Benommenheit.

22. December. Komatös. Temperatur andauernd über 38°.

27. December. Verwirrt, leichte Hallucinationen. Augenhintergrund unverändert. Keinerlei Lähmungen. Temperatur weiter über 38°.

28. December. II. Lumbalpunction: Druck 150mm, sehr schnell sinkend. In der Flüssigkeit sind bakteriologisch keine Tuberkelbacillen nachzuweisen.

30. December. Hochgradige Benommenheit. Nackengegend anscheinend druckempfindlich.

31. December. Reagirt nicht mehr. Puls sehr frequent und klein. Temperatur 38,1°.

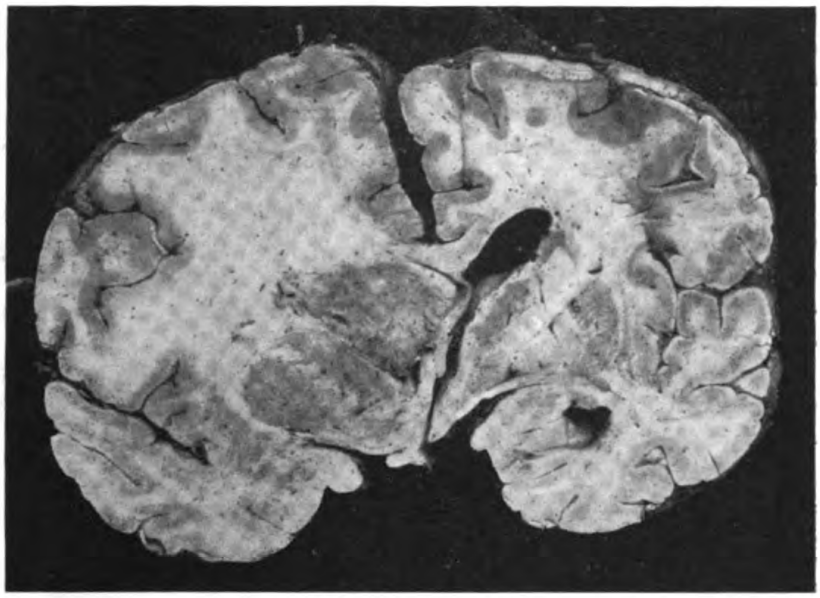
1. Januar 1907. Exitus letalis.

Die am 2. Januar vorgenommene Section ergiebt folgenden Befund: Schädeldach mässig dick und schwer. Dura ziemlich gespannt, beiderseits an der Mantelspalte mit der Gehirnsubstanz fest verwachsen. Gyri stark abgeplattet, Sulci verstrichen. Grosshirnhemisphären besonders links stark vorgewölbt. Die linke Hemisphäre erscheint voluminöser und fühlt sich für den tastenden Finger viel derber an. Der rechte Stirnlappen ist weich und erweckt den Eindruck leichter Fluctuation. Kleinhirntonsillen sind vorgewölbt, liegen der etwas abgeplatteten Medulla oblongata fest an und zeigen eine Einschnürungsfurche, als ob sie in das Foramen magnum eingepresst gewesen seien. Die Brücke ist von hinten rechts nach vorne links verschoben, Chiasma ist nach rechts etwas verdrängt, die Nervi optici sind etwas abgeplattet. Es werden mehrere Frontalschnitte angelegt.

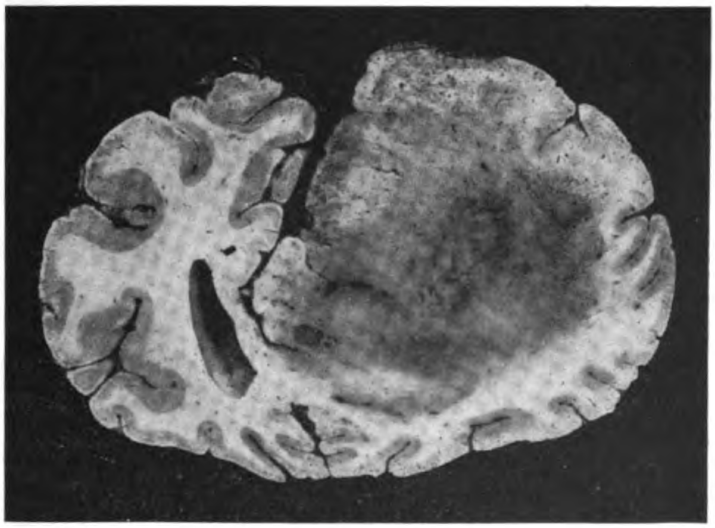
I. Frontalschnitt (siehe Abbildung I) dicht hinter dem Chiasma zeigt einen überkastaniengrossen Tumor vom Mark und den grossen Ganglien ausgehend in den rechten Seitenventrikel hineingewuchert und ihn völlig ausfüllend. Das Septum pellucidum ist stark nach links verdrängt. Dicht hinter dem Schnitte endigt der Tumor. Seine Begrenzung ist nicht deutlich festzustellen, da er ohne deutlich abgesetzt zu sein in das anliegende Gewebe übergeht. Stark verändert erscheint der Nucleus caudatus, während die Zeichnung der Capsula interna und des Linsenkerns noch zu erkennen ist. Die den Tumor lateral umgebende Markzone erscheint gegen links erheblich verbreitert und fühlt sich auffallend weich an, so dass offenbar auch dieses Gewebe vom Tumor durchwachsen ist. Besonders betroffen erscheint das Gebiet der einstrahlenden Balkenfasern rechts.

II. Frontalschnitt (siehe Abbildung II) vor dem Schläfenlappenpol beiderseits: Die ganze rechte Hemisphäre ist von einem röthlich grauen Tumorgewebe

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Figur 1.



Figur 2.

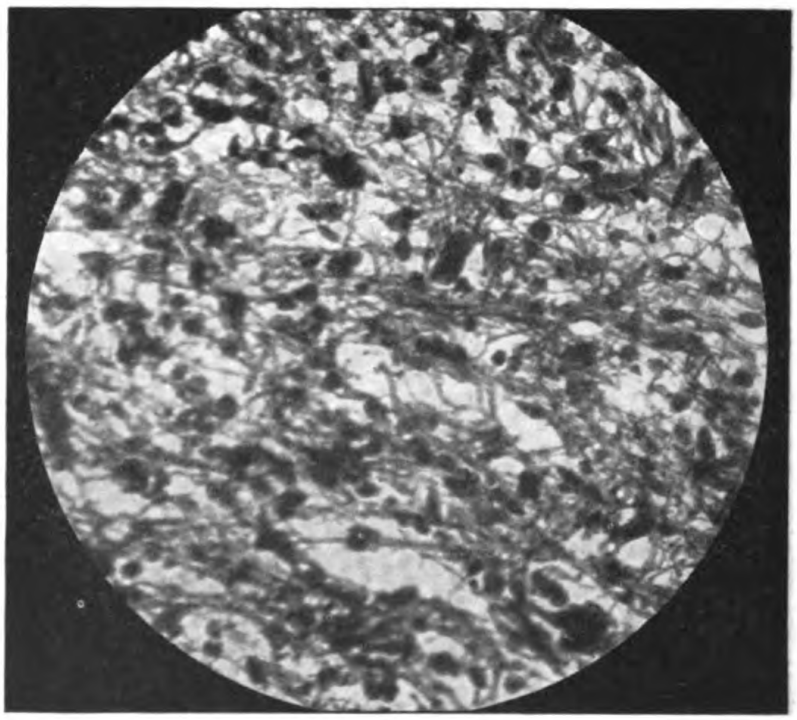
mit zahlreichen Blutpunkten eingenommen. Ein Vorderhorn ist nicht mehr zu sehen. Die Tumormasse reicht über die Mitte hinüber und hat die linke Hemisphäre verdrängt, sodass die Mantelspalte schräg von rechts oben nach

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

links unten verläuft. Ungefähr in der Mitte des Tumors findet sich eine etwa haselnussgrosse mit grüner gallertiger Flüssigkeit gefüllte Cyste, eine kleinere findet sich an der unteren, medianen Grenze des Tumors. Aussen und unten findet sich noch ein schmaler Markstreifen, zwischen Tumor und Rinde, während oben im Bereiche der I. Stirnwindung der Tumor bis zur Rinde reicht. Auch die erhaltene Rinde ist im Verhältniss zu links stark verschmälert.

Bei einem III. Frontalschnitt durch die Hinterhauptslappen zeigt sich rechts das Hinterhorn des Seitenventrikels bis auf einen minimalen Spalt ganz verschwunden, während das linke Hinterhorn eine ausgesprochene hydrocephalische Erweiterung aufweist. Von Tumorgewebe ist hier nichts mehr zu sehen.

Für eine genauere Bestimmung der Begrenzung des Tumors soll das Gehirn mit dem Mikrotom zerlegt werden. Ueber die Resultate dieser Untersuchung wird später von anderer Seite berichtet werden.



Figur 3.

Um die Natur des Tumors festzustellen werden kleine Stücke herausgeschnitten und nach kurzer Formolhärtung mit dem Gefriermikrotom geschnitten. Es wurden van Gieson'sche, Weigert'sche Markscheidenelektive Gliafärbung und Toluidinblaufärbung angewandt. In den van Gieson- und Toluidinblaupräparaten finden sich überall reichliche Astro-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

cytengeflechte und zahlreiche kleine Gefässe. Mehr an den Grenzen des Tumors treten grosse Monstergliazellen auf zum Theil mit mehreren Kernen. Mit Toluidinblaufärbung findet man hier auch Mitosen. Die elektive Gliafärbung zeigt ein dichtes Maschenwerk von Gliagewebe (Abb. III). Bei Markscheidenfärbung zeigte es sich, dass einzelne zerstreute Markfasern sich noch im Tumor erhalten hatten.

Die Section der anderen Körperhöhlen ist nicht freigegeben worden.

Fassen wir nun noch einmal kurz das Krankheitsbild zusammen, so ergiebt sich:

Allmählich sich steigernde Kopfschmerzen, sonst keinerlei Tumorsymptome. Es fällt die etwas langsame, sonst aber nicht behinderte Sprache auf, das Schlucken erfolgt sehr langsam, es werden Speisereste lange im Munde behalten. Daneben besteht zunehmender Intelligenzzerfall. Zeitweilig wird Witzelsucht beobachtet. Im Augenhintergrund finden sich alte und frische Choroideaherde und daneben eine Neuritis optica. Bei nur verminderten allgemeinen Kräften ist Patientin nicht im Stande, ohne Unterstützung zu gehen und droht hintenüber zu fallen. Dabei bestehen keine Sensibilitäts- und keine Coordinationsstörungen.

Ein Theil dieser Symptome lässt sich ohne Weiteres mit dem Bristow'schen Symptomenkomplex vereinbaren, so die allmähliche Steigerung der Symptome, die tiefe Intelligenzstörung und die nicht aphatische Sprachstörung, die er ebenso wie die auch bei mehreren seiner Fälle beobachtete langsame Schluckthätigkeit nicht auf motorische Erscheinungen, sondern auf den Stupor der Kranken zurückführt. Aber schon die von ihm verlangte Abwesenheit oder Geringfügigkeit der allgemeinen Tumorsymptome trifft bei unserem Falle nicht zu. Die Kopfschmerzen waren sehr stark, und die auf dem linken Auge beobachteten Symptome müssen doch wohl zum Theile als eine Stauungserscheinung in Folge des Tumors angesehen werden. Die alten Herde finden mit der früher durchgemachten Netzhauterkrankung ohne Weiteres ihre Erklärung, die frischen sind als stark tuberkelverdächtig anzusehen. Leider war es nicht erlaubt, eine genauere Untersuchung post mortem vorzunehmen.

Die weiter von Bristowe verlangten Hemiparesen waren nicht ausgesprochen. Eine allgemeine Schwäche der gesammten Extremitäten, die auf beiden Seiten übrigens gleich stark war, kann nicht als solche angesehen werden. Die schliesslich von ihm verlangte Abwesenheit aller Erscheinungen von Seiten der Hirnnerven trifft wohl zu, wenn wir von der nur angedeuteten Facialisparese absehen dürfen. Wir finden

Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

also, dass ebensoviele seiner Symptome bei unserem Falle zutreffen wie nicht, so dass also sein Schema hier versagt.

Auffallend war in dem Falle noch die Witzelsucht. In dem Sectionsbefunde findet sie allerdings wohl ihre Bestätigung, wenn wir den vielfachen Angaben von Auftreten von Moria bei Stirnhirntumoren, wie wir ja hier auch einen hatten, folgen.

Im Gegensatz zu den fehlenden Sensibilitäts- und Coordinationsstörungen und zu der völlig erhaltenen Motilität steht hier das Unvermögen ohne Unterstützung zu gehen und die Neigung der Patientin nach hintenüber zu fallen. Auf eine Kleinhirnbetheiligung — etwa durch Druck — ist diese Erscheinung nicht zu beziehen, müssten dann doch die Coordinationsstörungen in den Vordergrund treten. Man könnte sie auch nach Bruns auf die Betheiligung des Stirnhirns zurückführen. Andererseits finden sich nun in der Literatur eine grössere Anzahl von Fällen, mit denselben Erscheinungen, in denen sowohl das Stirnhirn als auch das Kleinhirn völlig intakt waren und die Unsicherheit des Ganges allein auf die Zerstörung des Balkens zu beziehen war, so dass ich auch in unserem Falle mich dieser Ansicht anschliessen möchte. Doch komme ich noch bei der Besprechung der sich aus der Zusammenstellung der in der Literatur vorhandenen etwa 50 Fälle von Balkentumoren ergebenden Resultate hierauf zurück.

Soweit mir die Originalien zur Verfügung standen, benutzte ich diese, sonst habe ich mich auf Referate beschränken müssen. Fall 27 bis 33 ist aus Schuster entlehnt. Unberücksichtigt liess ich den Fall Pasturand, weil ich zu wenig Angaben fand und mehrere Fälle Bruns, in denen multiple Tumoren vorlagen; Fall 50 dachte ich aufnehmen zu müssen, weil sich die Befunde hier verwerthen liessen.

Was nun erstens das Geschlecht der Betroffenen angeht, so finden sich hierüber bei den 51 Fällen 50 Angaben. Es waren danach 17 weiblich, 33 männlich, also etwa $^1/_3$ weiblich und $^2/_3$ männlich. Bruns fand bei einer grossen Zusammenstellung für alle Hirntumoren ein Verhältnis 1 : 3, so dass hier bei den Balkentumoren die Frauen verhältnissmässig häufiger betroffen zu werden scheinen, als sonst bei Gehirntumoren. Worauf das grosse Ueberwiegen der Männer auch bei diesen Tumoren zurückzuführen ist, geht auch aus der Zusammenstellung nicht hervor, jedenfalls spricht sie aber dafür, dass es nicht, wie häufig behauptet wird, die bei Männern zahlreicher auftretende Lues (Gehirngummata) sein kann, da wir nur einmal ein Gumma vertreten finden.

Ueber das Alter finden wir 47 Mal Angaben. Im Gegensatze zu Bruns, der ein Auftreten von Gehirntumoren nach dem 40. Lebensjahre für selten und nach dem 60. Lebensjahre für äusserst selten hält,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

finden wir bei unserer Zusammenstellung 30 Fälle über dem 40. und 8 über dem 60. Jahre, sodass der Durchschnitt hier sogar über das 40. Jahr, auf 45 $^1/_2$ Jahre, hinaufgeht.

Symptomlos verliefen 2 Fälle, bei einem (18) bestand zwar eine Monomanie, die aber durch ein atypisches Stirnhirn erklärt wird. Bei dem anderen Fall (48) war ein auf dem Balken sitzendes Lipom nur gering in die Tiefe gewuchert, so dass wohl durch das langsame und nicht infiltrirende Wachstum des Tumors ebenso wie in einem ähnlichen fast symptomlos verlaufenen Falle (31) das Fehlen aller Störungen erklärt wird. Von den allgemeinen Tumorsymptomen fanden sich bei den übrigen 49 Fällen:

Kopfschmerzen	28 Mal	= 55	pCt.
Erbrechen	15 „	= 30	„
Stauungspapille . . .	15 „	= 30	„
Krämpfe	17 „	= 33	„

Drei von den allgemeinen Tumorsymptomen fanden sich bei 11 Fällen = 22 pCt., zwei ebenfalls bei 11 Fällen. Ueber die Intensität fehlen leider meistens die Angaben, so dass das Bristowe'sche Symptom: „Mangel oder Geringfügigkeit der allgemeinen Tumorsymptome“ nicht in vollem Umfange nachzuprüfen ist. Jedenfalls finden wir in fast der Hälfte aller Fälle wenigstens zwei allgemeine Tumorsymptome. Ganz fehlten sie nur in 12 Fällen, so dass bei weitem die meisten Fälle wenigstens von einem Symptom begleitet wurden. Der Bristowe'sche Satz, soweit er den Mangel der allgemeinen Tumorsymptome fordert, besteht also mit Unrecht.

Er fordert weiter ein gänzliches Fehlen der Betheiligung der Hirnnerven an den Ausfallserscheinungen. Geruchstörung finden wir ein Mal (16), Sehstörung sieben Mal (1, 14, 16, 27, 39, 42, 51). Die Störungen können aber meistens durch Mitbetheiligung der für ihre Funktion wichtigen Hirnabschnitte erklärt werden. Bei den Sehstörungen, die meist nur mit Amblyopie bezeichnet werden, verbirgt sich wohl, besonders auch bei den alten Fällen, noch manche Neuritis optica. Hörstörungen finden wir dreimal (2, 14, 16), Geschmackstörungen einmal (35). Bis hierher trifft die Bristowe'sche Forderung also meist zu.

Wir finden aber eine auffallend häufige Mitbetheiligung des Facialis. In 13 Fällen (1, 4, 8, 9, 19, 28, 31, 35, 37, 38, 40, 43, 49) ist eine Facialisparese angegeben, so das in über $^1/_4$ aller Fälle hier eine Mitbetheiligung vorliegt. Für die Augenmuskeln finden wir wieder ein Zutreffen der Bristowe'schen Forderung, die äusseren Muskeln sind nur drei Mal (6, 35, 46) betroffen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sensibilitässtörungen sind sehr selten, sie finden sich nur in drei Fällen.

Keine Störung der Motilität (allerdings 3 Mal dabei Tremor) findet sich 19 Mal = 40 pCt.

Eür die Betrachtung der Motilitätsstörungen wurden Fall 50 und 51 als unrein ausgenommen.

Es fanden sich in den übrigen 28 Fällen:

Allgemeine Schwäche der Extremitäten (28, 49) .	2	Fälle
Parese einer Hand (43)	1	„
Hemiparese (1, 9, 13, 21, 26, 34, 35, 40) . .	8	„
Hemiplegie (2, 8, 10, 30, 47 u. ? 14, 24, 5 u. ? 2)	6	„
Paresen einer Seite mit Betheiligung eines Gliedes der anderen (3, 20, 38)	3	„
Parese eines Beines einer, eines Armes der anderen Seite (44)	1	„
Contractur beider Arme (11, 45)	2	„
Contractur beider Beine (7, 30)	2	„
Paraplegie (17, 32)	2	„

Es ergiebt sich demnach ein einseitiges Auftreten von motorischen Ausfallerscheinungen in 15 Fällen, eine Beteiligung beider Körperhälften (die „allgemeine Schwäche“ mitgerechnet) in 12 Fällen, zusammen also 27 Fälle von motorischen Störungen, denen 19 symptomlose gegenüber stehen. Das heisst also, dass wir in $^2/_3$ aller Fälle Erscheinungen von Seiten der Motilität haben, und dass Bristowe's Forderung, allerdings insofern erweitert, dass nicht nur Hemiparesen evtl. mit Mitbeteiligung der anderen Seite sondern ebenso häufig auch spastische Erscheinungen zu erwarten sind, sehr oft zutrifft.

Ransom's Angabe, dass die Diagnose des Balkentumors bedeutend an Sicherheit gewänne, wenn beide Körperhälften befallen seien, lässt sich aus der Zusammenstellung nicht controlliren, doch hat sie, wie eingangs hervorgehoben wurde, schon deshalb viel für sich, weil wir sonst zur Erklärung der doppelseitigen Paresen zwei symmetrisch in den motorischen Centren liegende Tumoren annehmen müssten.

Worauf nun die motorischen Ausfallserscheinungen zurückzuführen sind, ergiebt sich theilweise wenigstens auch aus der Zusammenstellung. und zwar scheint darnach die Oppenheim'sche Ansicht, dass die Symptome nicht durch den Tumor des Balkens primär, sondern durch sein sekundäres Uebergreifen auf die Nachbarschaft oder durch die Schädigung der benachbarten Gegenden zu erklären ist, bestätigt zu werden. In Fällen nämlich, in denen wir nur eine einseitige Parese oder Lähmung haben, finden wir die Angabe, dass die Capsula interna,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das Centrum ovale, die Hemisphäre oder Ganglien der anderen Seite allein oder stärker als auf der betreffenden Seite befallen seien. Und zwar trifft dieses in dem Maase zu, dass man ohne weiteres aus dem motorischen Befunde einen Rückschluss auf Betheiligung wichtiger Bahnen ziehen kann. Als einige Beispiele mögen gelten:

Fall 1: Hemiparese rechts: Mitbetheiligung der Capsula interna links.

Fall 3: Hemiparese links und geringe Schwäche rechts. — Centrum ovale beiderseits befallen, rechts stärker als links.

Fall 8: Hemiplegie links: Mitbetheiligung der rechten Hemisphäre.

Derartige Fälle finden sich noch zahlreich. (8, 9, 13, 20, 26, 30, 34, 40, 47.)

Ob wir von einem nur auf den Balken beschränkten Tumor auch Ausfallserscheinungen zu erwarten haben, könnten vielleicht reine Fälle ergeben. Doch diese sind wenig zahlreich. Wir haben als rein nur Fall 37 und 45 zu betrachten, brauchbar waren noch Fall 4 und 39. Hier finden wir 2 Mal Facialisparese, 1 Mal Spasmen der Arme und 1 Mal nur Tremor.

Obwohl diese Befunde für eine wichtige Rolle des Balkens für die Motilität sprechen, so sind sie doch nicht zu einem entgültigen Urtheil zu verwerthen, weil sie untereinander zu sehr abweichen und die aufgetretenen Symptome schliesslich auch durch Druck oder Schädigung durch den Tumor zu erklären sind.

Das von Schupfer aufgestellte Schema, das durch die auftretenden Symptome einen Rückschluss auf den Sitz des Tumors innerhalb des Balkens machen will, muss jedenfalls als viel zu weit gehend erklärt werden. Für eine Localisation des Tumors im Knie sollte nach ihm sprechen, wenn die Parese der oberen Extremität stärker als die der unteren sei. Wir finden nun in unserer Zusammenstellung 3 Fälle (7, 11, 36), in denen der Tumor nur vorne im Balken lokalisirt war und wo nur die obere oder nur die untere Extremität befallen war, 2 Mal ist es die untere, 1 Mal die obere. Tumoren, die in der Balkenmitte lagen, haben wir in Fällen (35, 45), es sollten hier nach ihm beide Extremitäten gleichmässig befallen sein, es findet sich aber bei einem Fall eine stärkere Betheiligung des Beines und bei dem anderen eine ausschliessliche Betheiligung der Arme. Der Sitz des Tumors am hinteren Balkenende schliesslich sollte durch an den Beinen beginnende Parese angedeutet werden. Der einzige Fall, in dem nur eine Extremität befallen war bei einem hinten sitzenden Tumor (43) weist eine Parese der Hand auf. Die von ihm für Hemiparesen verlangte Lage des Tumors in der Balkenmitte trifft bei den zahlreichen Fällen von

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hemiparese fast nie zu. Auch, dass isolirte Facialislähmung für einen Sitz vorne sprechen soll, trifft bei den allerdings wenig zahlreichen Fällen (37, 43, 49) nur ein Mal zu, so dass also das Schupfer'sche Schema nicht zu verwerthen ist.

Nach Ransom sollen die Reflexe nicht gesteigert sein; wir treffen nun leider recht spärliche Angaben über das Verhalten der Reflexe. Aber 11 Mal = 21 pCt. finden wir eine Steigerung der Reflexe verzeichnet, dagegen nur 4 Mal ein Fehlen oder eine Schwäche der Reflexe. Auffallend häufig bei der oft nur sehr spärlichen Symptomaufzählung ist „unsicherer Gang" verzeichnet; oft finden wir auch die Angaben, dass die Geringfügigkeit der vorhandenen Schwäche nicht ausreichend sei zur Erklärung der schweren Gehstörung, wie sie auch ausgesprochen bei dem eingangs beschriebenen Falle war.

Zingerle machte im Anschluss an den von ihm publicirten Fall (45) darauf aufmerksam, dass hier eine besondere Art von Ataxie vorliegen müsse, die er nach Vorgang der von Bruns bei Stirnhirntumoren beobachteten Stirnhirnataxie „Balkenataxie" nannte. Seinen Ausführungen müssen wir uns anschliessen. Die Unsicherheit des Ganges ist angeführt bei:

Fall 4: Daneben Anästhesie der Beine: Tumor in der Balkenmitte.
„ 11: Tumor in der Balkenmitte und Stirnhirn.
„ 12: Tumor hinten und im Occipitallappen.
„ 14: Tumor des ganzen Balkens und linken Scheitellappens.
„ 36: später Spasmen, Tumor vorne.
„ 37: Tumor nur des Balkens (hinten).
„ 39: Tremor, Tumor nur des Balkens (hinten).
„ 41: Tumor mitte bis hinten.
„ 44: Tumor des ganzen Balkens.
„ 45: Tumor nur Balken (Mitte).
„ 49: Tumor Balken und Stirnhirn.
„ 51: Tumor Mitte.

Die Unsicherheit ist nur in Fall 4 eventuell auf die Anästhesie und in Fall 39 auf den Tremor zurückzuführen.

Bei den anderen Fällen bildet die Ataxie oft nur das einzige Symptom. Auffallend ist auch weiter, dass alle Fälle, in denen der Tumor sich nur auf den Balken beschränkt oder nur wenig in andere Centren eingebrochen ist, sich in dieser Gruppe finden. Mehrere Male ist allerdings auch das Stirnhirn betroffen. Wenn wir dieses nun als den Sitz der Ataxie ansehen wollten, so müssten wir diese doch wenigstens in der Mehrzahl der mit Betheiligung des Stirnhirns einhergegangenen Fälle finden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Doch von den 14 Fällen, in denen der Balkentumor auch auf das Stirnhirn überging, sind nur 2 Fälle mit Gangunsicherheit vermerkt, sodass die Möglichkeit, die Ataxie als eine frontale aufzufassen, fortfällt. Das Kleinhirn selbst ist keinmal vom Tumor befallen, auch darüber, dass es besonders unter Druck zu leiden gehabt hätte, finden wir — vielleicht mit Ausnahme des eingangs beschriebenen Falles — nichts. Schwindel wird allerdings drei Mal vermerkt, doch ist dieser auch auf die Druckerscheinungen, wie Kopfschmerzen, zu beziehen. Ausgesprochen taumelnden Gang finden wir nicht erwähnt, auch in unserem Falle war er nicht vorhanden, es bestand auch nur ein leichtes Schwanken bei Fussaugenschluss. Nehmen wir nun eine bei Balkentumoren auftretende Ataxie als gegeben an, so ergeben sich allerdings daraus für uns für die Physiologie auch noch keine weiteren Schlüsse. Fassen wir die Faserung als Verbindungsbahnen homologer Grosshirnrindenzonen auf, so ist es klar, dass bei einer Störung dieser Bahnen eine geordnete Bewegungsmöglichkeit nicht mehr gegeben ist, „da die Harmonie in den Functionen der verbundenen Theile“ nicht mehr vorhanden ist. Halten wir andererseits die Balkenfasern mehr für ein Zuleitungssystem für sensible Eindrücke, so müssen wir auch, wenn dieses gestört ist, eine complicirte Bewegung wie das Gehen, für sehr erschwert halten. Eine Entscheidung in dem einen oder anderen Sinne ist also auch durch diese Auffassung nicht möglich.

Von weiteren Symptomen begegnen wir der auch bei Bristowe angegebenen nicht aphatischen Sprachstörung 9 Mal (10, 14, 15, 24, 29, 40, 41, 45, 50), d. h. in etwa 18 pCt. der Fälle. Bei 4 Fällen (13, 26, 33, 47) findet sich Epilepsie, die dreimal mit später auftretenden Hemiplegien einherging. Würth vertritt für seinen Fall (47) die Anschauung, dass der Tumor Epilepsie und der vom Tumor ausgeübte Druck aber die Hemiplegien veranlasst habe. Es würde diese Meinung mit den Mott'schen, von anderen allerdings mit abweichendem Erfolge ausgeführten Eyperimenten, die durch Reizung des unversehrten Balkens epileptische Krämpfe hervorriefen, im Einklange stehen. Die drei weiteren Fälle können vielleicht zur Erklärung beitragen. In zwei Fällen bestand schon lange Epilepsie und erst spät traten Lähmungen hinzu. Die Section ergab, dass der Tumor neben dem Balken auch grössere Abschnitte der Hemisphären eingenommen hatte. Im 3. Falle war vor 5 Jahren schon ein epileptischer Anfall beobachtet worden. Lähmungen traten nicht auf. Bei der Section fand man einen Tumor, der bis zur Rinde, diese stellenweise lädirend, vorgedrungen war. Wäre hier nun der 5 Jahre zurückliegende Anfall schon durch die Rindenbetheiligung hervorgerufen worden, so wäre nicht einzusehen, warum

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht häufiger Anfälle nach dem Jackson'schen Typus aufgetreten sind, während man die Epilepsie als primär vom Tumor bedingt ungezwungen erklären kann.

Was die psychischen Störungen anbelangt, so finden wir Schuster's Angaben im Wesentlichen bestätigt. Die von ihm schon zusammengestellten Fälle blieben unberücksichtigt. Von den neuen Fällen (35 bis 59) verliefen allerdings 2 Fälle (40, 41), abgesehen von erst sub finem aufgetretenen Delirien, symptomlos. Die in den vorderen und mittleren Balkentheilen belegenen 6 Tumoren riefen „einfache, nicht durch irgendwelche Erregungszustände complicirte geistige Schwächezustände" hervor, die beiden in den hinteren Balkenabschnitten belegenen Tumoren producirten „delirante und ähnliche Zustände", der den ganzen Balken einnehmende Tumor (44) war von Verwirrung und Somnolenz begleitet. Der Fall 47 musste unberücksichtigt bleiben.

Eine Angabe über die Art des gefundenen Tumors vermissen wir in vielen Fällen, auch wird diese oft bei fehlender mikroskopischer Untersuchung nicht zutreffend sein. Berücksichtigen wir, dass Lipom und Cholesteatom wohl immer ohne Weiteres schon makroskopisch diagnosticirt werden, so ergiebt eine Berechnung für die anderen Tumoren:

Gliome	40	pCt.
Sarkome	25	„
Gliosarkome	12	„
Gallertgeschwülste	10	„
Lipom	6	„
Gumma	3	„
Cholesteatom	2	„

Fassen wir nun zum Schlusse nochmals kurz die sich aus der Zusammenstellung ergebenden Resultate zusammen, so ergiebt sich:

Die Bristow'sche Zusammenstellung trifft nur insofern zu, als sie verlangt:

1. Allmähliche Steigerung der Tumorsymptome.
3. Tiefe Intelligenzstörung (und häufige nicht aphatische Sprachstörung).
5. Hemiparesen mit häufiger Mitbetheiligung der anderen Seite — doch muss hier das fast ebenso häufige Vorkommen von spastischen Lähmungen hinzugefügt werden.

Nicht zutreffend sind die anderen Punkte (2 und 5), denn: Mehrere der sogenannten Tumorsymptome sind fast in der Hälfte aller Fälle vorhanden. Der Facialis ist häufig an den Paresen betheiligt.

Ransom gegenüber muss die von ihm in Abrede gestellte häufige Steigerung der Reflexe betont werden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Als neu käme zu den Symptomen die häufige Gehstörung (Balkenataxien) hinzu.

Eine sichere Diagnose der Balkentumoren ist durch die obigen Symptome nicht immer möglich; die typischsten Zeichen bleiben (mit Bruns) die tiefe Intelligenzstörung und die doppelten Ausfallerscheinungen von Seiten der Motilität, denen man noch bei geringer Ausbildung oder beim Fehlen dieser Ausfallerscheinungen eine im starken Contrast dazu stehende Gehstörung anreihen könnte.

Zum Schlusse möchte ich Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die Ueberlassung der Krankengeschichte, sowie für die freundliche Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

Literatur.

1. Blackwood, ref. in Neurol. Centralbl. 1901. S. 124.
2. Bregmann, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XXIX. S. 163.
3. Bristowe, Brain. 1884. S. 315.
4. Bruns, Gehirntumoren in Eulenburg's Realencycl. VIII. Bd.
5. Bruns, Berl. klin. Wochenschr. 1886. No. 21 u. 22.
6. Devie u. Paviot, Jahresberichte f. Neurolog. 1897.
7. Dressel, Fall von Tumor Corporis callosi. Inaug.-Diss. Kiel. 1904.
8. Francis, ref. in Ransom. Brain. 1895.
9. Giese, Archiv f. Psych. Bd. XXIII. S. 961.
10. Gläser, Berl. klin. Wochenschr. 1883. S. 809.
11. Klebs, Prager Vierteljahrsschr. Bd. 133. 1877.
12. Köster, Virchow-Hirsch. 1896. II. S. 94.
13. Ladame, Hirngeschwülste. 1864.
14. Lanzenberg, ref. im Jahresber. f. Neurolog. 1899. S. 579.
15. Leichtenstern, Deutsch-med. Wochenschr. 1887. S. 1128.
16. Lutzenberger, ref. im Neurol. Centralbl. 1890. S. 251.
17. Mac Guire, ref. in Brain. VIII. S. 576.
18. Oppenheim, Geschwülste des Gehirns. 1902. S. 140.
19. Pantoppidan, ref. in Virchow-Hirsch. 1887. II. S. 129.
20. Putnam u. Williams, ref. im Neurol. Centralbl. 1903. S. 179.
21. Ransom, Brain. 1895.
22. Schaad, Fall von Gliom des Corp. callo. Inaug.-Diss. Erlangen. 1888.
23. Schlagintweit, Balkengeschwülste. Inaug.-Diss. Jena. 1901.
24. Schupfer, ref. im Neurol. Centralbl. 1900. S. 88.
25. Schuster, Psych. Störungen bei Hirntumoren. 1902.
26. Steinert, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XXIV.
27. Wahler, Balkentumoren. Inaug.-Diss. Leipzig. 1904.
28. Würth, Archiv f. Psychiatrie. XXXVI.
29. Zaleski, ref. im Neurol. Centralbl. 1900. S. 727.
30. Zingerle, Jahrbuch f. Psychiatrie. XIX. S. 367.

Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

	Autor	Fall	Kopfschmerzen	Erbrechen	Stauungspapille	Krämpfe	Hirnnerven	Extremitäten
1.	Bristowe I.	46 J. Männl.	+	—	—	—	Amblyopie, Facialisparese l.	Hemiparese r.
2.	Bristowe II.	41 J. Männl.	+	—	+	—	Aphasie, Pupillendifferenz, Gehörstörung r.	Hemiplegie r., Sensibilitätsstörungen r.
3.	Bristowe III.	51 J. Männl.	—	—	—	—	—	Leichte Hemiparese l. Geringe Schwäche des Beines.
4.	Ransom.	24 J. Weibl.	+	—	+	Von links ausgehend.	Leichte Facialisparese l.	Anästhesie der Beine. Unsicherer Gang.
5.	Greenless.	68 J. Männl.	—	+	?	+	—	Zitteranfälle in Armen und Beinen.
6.	Francis.	45 J. Weibl.	—	+	+	Mehrfach.	R. Strabismus converg.	—
7.	Gläser II.	72 J. Männl. †Pneumonie.	—	—	—	—	—	Parese der Beine links stärker als rechts.
8.	Gläser III.	30 J. Weibl.	+	—	—	Von links ausgehend.	L. Facialisparese.	L. Hemiplegie.
9.	Gläser IV.	60 J. Weibl.	+	+	+?	—	R. Facialisparese.	R. Hemiparese.
10.	Giese.	53 J. Männl.	+	+	+	Von rechts ausgehend.	Schwindel, Ohrensaus., erschwerte Sprache.	Schwäche der Arme und Beine, später Contracturen.
11.	Klebs.	60 J. Männl.	+	—	—	—	Schwindel.	Choreat. Bewegungen des r. Arms, später Contracturen beider Arme, unsich. Gang.
12.	Klebs.	42 J. Männl.	+	—	—	—	—	Zittern der Beine, unsicherer Gang.
13.	Devic u. Paviot.	46 J. Männl. Potat.	—	—	—	Seit 11 Jahren epilept.	—	L. Hemisphäre später.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Reflexe	Andere Symptome	Psychische Störungen	Anatomischer Befund	Bemerkungen
Pat.-R. r. gesteig. R. gesteigert.	Finale Temperatursteigerung. Finale Temperatursteigerung.	Intelligenzabnahme. Verwirrtheit. Somnolenz. Zunehmender Stupor.	Tumor des ganzen Balkens beiderseits Centr. ovale befallen, links auch innere Kapsel. Tumor der vorderen Balkenhälfte, links grosser Theil des Stirnhirns, rechts grosser Theil des Centr. ovale betheiligt	— —
—	Finale Temperatursteigerung.	Zunehmende Somnolenz.	Sarkom der vorderen Balkenhälfte u. d. Fornix. Centr. ovale beiderseits ergriffen, rechts stärker als links.	—
—	Exophthalmus.	Zeitweise manisch. Verfolgungsideen	Orangengrosses Sarkom von der Mitte des Balkens ausgehend, in die Seitenventrikel hineinragend und die Hemisphäre leicht drückend.	Im Verlaufe mehrfach Remissionen
—	—	Intelligenz- und Gedächtnissschwäche.	Taubeneigr. Tumor vom vorderen Theile des Balkens ausgehend auf dem Dach des Seitenventrikels und ins Hemisphärenmark ragend.	—
—	—	Geistige Trägheit, Stupor.	Gliosarkom des vorderen Balkenendes (Knie) seitlich tief in die Stirnlappen ragend.	—
—	Seit 6 Wochen Steifigkeit des ganzen Körpers.	—	Kleinapfelgrosser Tumor am Balkenknie, beiderseits ins Marklager übergehend.	—
—	—	Gedächnisschwäche.	Tumor in der Decke des III. Ventrikels und r. Seitenventrikels und der medialen Hälfte der weissen Substanz der r. Hemisphäre.	Die ersten Convulsionen traten post partum auf.
—	—	Intelligenzstör., erschreckende Hallucinationen, Angstzustände.	Tumor des hinteren Balkentheiles, nach links stärker ins Hemisphärenmark ragend als rechts.	—
Gesteigert.	Störung des Lagefühls.	Abwechselnd Euphorie u. Depression. Später Sopor.	Gliom des hinteren Balkenendes in d. r. Occipitallappen hineingewuchert. Vierhügel u. Kleinhirn gedrückt und zum Theil erweicht.	—
—	—	„Kindische Freude an Kleinigkeiten“.	Grosser Tumor des vorderen Balkenendes die Corpora striata bedeckend, in die Stirnlappen eingedrungen, besonders l., wo d. Rinde erreicht wird.	—
—	—	Gedächtnissschwäche, Tobsucht, Apathie.	Gallertgeschwulst der hinteren Balkenhälfte in die Mitte der Occipitallappen ausstrahlend, stellenweise bis an die Rinde vordringend.	—
—	—	Reizbar, später Idiot.	Gliom der Mitte des Balkens, r. Gyrus fornicatus, paracentralis und Frontallappen, l. Gyrus fornicatus ergriffen.	Epilepsie seit 11 Jahren

Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

	Autor	Fall	Kopfschmerzen	Erbrechen	Stauungspapille	Krämpfe	Hirnnerven	Extremitäten
14.	Lutzenberger.	34 J. Männl. Potat.	—	—	—	—	Gehstörung, Hörschwäche, Sprachstörung.	Unsicherer Gang. Später apoplectiformer Anfall.
15.	Francis.	45 J. Weibl.	—	+	+	Mehrfach.	R. Strabismus converg., Sprache langsam.	—
16.	Oliver.	43 J. Weibl.	—	—	—	—	L. Amblyopie, r. Farbensinn gest., Geruchsinn verl., Gehörstörung.	—
17.	Séglas und Londe.	21 J. Männl.	—	—	—	—	—	Erst links dann rechts spastische Lähmung.
18.	Berkley.	45 J. Männl. † Malaria.	—	—	—	—	—	—
19.	Mac Guire.	31 J. Männl. 1873 Lues. 1880 Memingitis.	+	—	—	+	Facialisparese.	—
20.	Schupfer.	74 J. Weibl.	—	—	—	Rechts klonisch.	Kopf nach r. rotirt.	R. Paresen, l. Contractur des Beines.
21.	Zaleski.	60 J. Männl.	+	+	—	—	Pupillenstarre, Schwindel.	Geringe Parese r.
22.	Plater.	24 J. Männl.	—	—	—	+	Amblyopie.	—
23.	Fantoni.	Alt. Männl.	+	—	—	+	—	—
24.	Albers.	30 J. Weibl.	+	—	—	—	Schwindel, Sprachstörung.	Mehrfach Hemiplegie.
25.	A. Mayer.	20 J. Weibl.	+	+	—	Von oberen Extremitäten aus.	—	—
26.	Pantoppidan III.	—	—	—	—	Tägliche epilept.	—	R. Hemiparese und Contracturen.
27.	Dowse.	48 J. Männl.	+	—	—	+	Amblyopie, Störung des Gleichgewichts.	—
28.	Pick.	27 J. Männl.	+	—	+	+	Facialisschwäche.	Schwäche der Arme und Beine.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Reflexe	Andere Symptome	Psychische Störungen	Anatomischer Befund	Bemerkungen
—	—	Gedächtnisschwäche.	Grosses Gliom des Balkens, l. ins Mark des Scheitellappens vorgedrungen.	—
—	—	Stupor.	Gliosarkom des vorderen Balkenendes, seitlich tief ins Mark des Stirnlappens eingedrungen.	—
—	—	Hallucinationen, (bes. Gesichts-).	Tumor des Balkenknies übergehend auf Sehnerven und Gyri uncinati.	—
—	—	Hallucinationen.	Neurogliom des Balkens und beiderseits des Centr. oval.	—
—	—	Monomanie.	Hinter dem Balkenknie ein haselnussgrosser Tumor. Atypische Stirnwindungen.	Verlauf ohne Symptome.
—	—	Psych. Schwäche, Verdriesslichkeit.	Knolliges Gumma mit oberer Balkenfläche verwachsen. Hemisphärenrinde an den Berührungsstellen erweicht.	—
—	—	Verwirrung, Angst.	Tumor des ganzen Spleniums. Lyra, Crura post. (besond. l.), Theil der Sehstrahlung und des Pulvinar.	—
Gesteigert.	Allgemeine Starre	Intelligenzabnahme, Somnolenz.	Gliom des hinteren Balkendrittels, l. Hemisphärenmark befallen.	—
—	—	Schwachsinn, Somnolenz.	Apfelgrosser Tumor vom vorderen Ventrikel ausgehend. L. auch Mark befallen.	Nach Ladome 1865 ohne Augenuntersuchungen
—	—	Unzusammenhängende Ideen, Coma.	Harter Tumor auf dem Balken.	
—	—	Idiotie. Coma.	Hühnereigrosser Tumor auf dem Balken, Hemisphären beiderseits gedrückt.	
—	—	—	Apfelgrosses Cholesteatom des Balkens, in das Mark der 2 vorderen Hemispärenlappen eingedrungen.	
—	Terminale Temperatursteigerung.	—	Gliosarkom des Balkens, l. Hemisphäre befallen.	—
—	—	Gedächtnissabnahme.	Kugeliger Tumor des vorderen Balkenendes, beide Hemisphären, besonders die r. ergriffen.	—
—	—	Apathie, Sopor.	Sarkom der vorderen Balkenhäfte, das ins Stirnmark hineinwucherte u. bis an die Basalganglien reichte.	—

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

	Autor	Fall	Kopfschmerzen	Erbrechen	Stauungspapille	Krämpfe	Hirnnerven	Extremitäten
29.	Pick.	77 J. Männl.	—	—	—	Einmal.	Leichte Sprachstörung.	—
30.	Kenedy.	33 J. Weibl.	—	—	—	+	—	L. Hemiplegie.
31.	Pugliese.	26 J. Männl.	—	—	—	—	R. Facialisparese.	—
32.	d'Alloro.	67 J. Männl.	—	—	+	—	—	Paraplegie.
33.	Labbé.	37 J. Männl.	+	—	—	Schon vor 5 J. epilept. Anfälle.	Schwindel.	—
34.	Bruns I.	77 J. Männl.	+	—	—	—	—	R. Hemiparese.
35.	Steinert II.	36 J. Männl.	+	+	+	—	Gesichtsfacial. paret. Vorübergeh. Déviat. conj. L. Geschmackstör.	R. Parese, Bein stärker als Arm.
36.	Köster VII.	59 J. Männl.	—	—	+	—	Strabismus diverg.	Leichte Sensibilitätsstörung, Gang unsicher, später Rigidität der unteren Extremitäten.
37.	Köster VIII.	68 J. Männl.	+	—	+	—	Schwindel, r. Facialis schwächer.	Gang unsicher.
38.	Bregman.	38 J. Männl.	+	+	+	Sub finem von links oben ausgehend.	Parese, Facialis l.	Parese des l. Armes. Parese der Beine, l. > r.
39.	Blackwood.	56 J. Männl.	—	—	—	—	Sehschärfe herabgesetzt.	Gang unsicher, Tremor.
40.	Wahler.	49 J. Männl.	+	+	+	—	L. Facialisparese, Sprachstörung.	L. Extremitäten paretisch.
41.	Schlagintweit.	37 J. Weibl.	+	+	+	—	Sprache erschwert.	Gang unsicher.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Reflexe	Andere Symptome	Psychische Störungen	Anatomischer Befund	Bemerkungen
R. Fuss-clonus.	—	Demenz, Verwirrtheit, Wahnideen.	Sarkom hinten median im Balken, Sept. pellucid. u. Fornix befallen.	—
—	—	Mangelhafte Intelligenz.	Gelatinöser Tumor, besonders im Dach des Seitenventrikels.	—
Pat.-R. gesteigert.	—	Hallucinationen, Verfolgungsideen, später Verblödung.	Auf dem ganzen Balken ein Lipom, Balken verhärtet.	—
—	—	Demenz, Sopor.	Gliom des ganzen Balkens, in der Nähe des Cuneus Hemisphärenrinde erreicht.	—
—	—	Apathie.	Gelatinöser Tumor des Balkens, der bis zur Rinde vordringt. Diese atrophisch im vorderen Stirntheil lädirt.	—
—	—	Agitirender Blödsinn.	Gliom des hinteren Balkenendes. r. Praecuneus, l. Centralfurchengegend betheiligt. Daneben Blutherd im l. Scheitellappen, starkes Atherom.	—
Rechts = 0 nur Pat.-R.	—	Stupor.	Gliom der Balkenmitte, Gyr. fornicat. und Lobus paracentr. betheiligt. Centralganglien und innere Kapsel zusammengedrückt.	—
—	—	Apathie, Irrereden, Coma.	Rundzellensarkom des vorderen Balkenendes, seitlich bis fast an Centr. semiovale reichend. Sept. pellucid. infiltrirt bis zur grauen Substanz oberhalb des Chiasmas.	—
Pat.-R. schwach.	—	Seh- und Geschmackshallucination., Stumpfsinn.	Gliom vom hinteren Balkenende ausgehend, ganzes Splenium einnehmend und Fornix.	—
—	—	Apathie, Verwirrtheit.	Sarkom des vorderen und mittleren Balkentheils übergegangen auf Centr. semiovale beiderseits, Thalami opt., Nucl. caudat., Gyr. fornicat.	—
Gesteigert.	—	Intelligenzabnahme, Furcht und Angst, Somnolent.	Gliom der hinteren $^2/_3$ des Balkens. Seitenventrikel z. Th. verschlossen.	—
—	—	Nur sub finem: Delirant.	Apfelgrosser Tumor in der vorderen Balkenhälfte, stärker ins Mark der r. als der l. Hemiphäre ausstrahlend.	—
—	Druckpuls.	Nur final, Somnolenz.	Angiosarkom des Balkens von der Mitte bis ans hintere Ende, übergreifend bis auf Gyrus fornicatus. Hemisphären in der Umgebung weich.	—

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

	Autor	Fall	Kopfschmerzen	Erbrechen	Stauungspapille	Krämpfe	Hirnnerven	Extremitäten
42.	Putnam u. Williams I.	22 J. Weibl.	+	+	+	—	Sehnervenatroph.	Sensibilität herabgesetzt.
43.	Putnam u. Williams II.	50 J. Männl.	+	+	+	—	R. Facialisparese, zuerst Silbenstolpern, dann Sprachlosigkeit.	R. Hand paretisch.
44.	Putnam u. Williams III.	56 J. Männl.	—	—	—	—	—	Parese l. Arm, r. Bein, unsicherer Gang.
45.	Zingerle.	50 J. Männl.	—	—	+	—	Sprache erschw.	Schwäche, Unmöglichkeit zu stehen, später Spasmen der Arme, r. > l.
46.	Dressel.	47 J. Weibl.	+	+	—	+	Vorübergehend Déviat. conjug.	—
47.	Würth.	Weibl. Seit 2. Jahr Epileps., Idiot.	—	—	—	—	—	R. Hemiplegie.
48.	Leichtenstern.	Weibl. †Pneumonie.	—	—	—	—	—	—
49.	Siemerling.	44 J. Weibl.	+	—	+?	—	Leichter Strabis. conv. l., leichte Facialisparese l.	Grobe Kraft stark herabgesetzt, unsicherer Gang.
50.	Schaad.	56 J. Männl.	+	+	—	—	Zeitweise Sprachstörung.	Beide Arme paretiseh. R. Bein paretisch.
51.	Bristowe IV.	25 J. Weibl.	+	—	+	—	Exophthalmus, Blindheit, links Facialisparese.	Unsicherer Gang, zunehmende Schwäche links.

Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Reflexe	Andere Symptome	Psychische Störungen	Anatomischer Befund	Bemerkungen
R. Pat.-Refl. fehlt.	—	?	Balken zu dünner Membran zusammengedrückt durch Tumor, der unter ihm beginnend, nach unten die Tractus optici erreicht und nach oben fast bis zur Rinde der r. Hemiphäre reicht.	—
—	—	Charakteränderung, später Apathie.	Gliom hinten nur auf Balken beschränkt, vorne l. Stirnhirn stark, r. weniger betheiligt.	Verlief unter dem Bilde der progressiven Paralyse.
Pat.-R. = 0.	—	Verwirrtheit.	Tumor des ganzen Balkens mit Betheiligung der r. Hemisphäre.	—
Gesteigert.	—	Verwirrtheit, Somnolenz.	Rundzellensarkom der Balkenmitte u. des Sept. pellucid., r. auf Dorsum des Hinterhorns fortgesetzt; nirgends Mark befallen.	—
Lebhaft.	Zeitweilig Druckpuls.	Gedächtnissabnahme, Sopor.	Gliosarkom des Balkens bis etwa zur Mitte, hintere $^2/_3$ der I. r. Stirnwindung befallen.	—
—	Verkümmerte Bildung der rechten Körperhälfte.	Idiotie.	Lipom des ganzen Balkens, in l. Hemisphäre gewuchert und sklerosirt.	Nach Fall im 2. Lebensjahre Epilepsie. Mangelhafte Entwickelung.
—	—	—	8 cm langes Lipom etwa $^1/_2$ cm tief von oben in den Balken eingedrungen.	Symptomlos verlaufen.
Gesteigert.	Finale Temperatursteigerung.	Intelligenzababnahme, Witzelsucht, Verwirrtheit, Somnolenz.	Gliom des vorderen Balkenendes mit Betheiligung der grossen Ganglien r. und des ganzen rechten Stirnhirns.	—
—	—	Katalepsie, Sopor.	Gliome: 1) 10 Pfennigstück gross in der l. Hemisphäre am Sulcus Rolandi. 2) Ganzer Balken und grosse Ganglien.	Unreine Fälle.
Gesteigert.	Finale Temperatursteigerung.	Hallucinationen, Somnolenz.	Tumor vom r. Corp. striat. u. Thalam. opt. ausgehend, ganzen rechten Seitenventrikel einnehmend. Balken im Centrum zerstört.	Unreine Fälle.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XXXII.

Zur pathologischen Entwickelung des Centralnervensystems.

Ein Fall von Amelia (Amputatio spontanea).

(Neue Beiträge.)

Von

Dr. **O. von Leonowa-von Lange.**

(Hierzu Tafel X und XI und Abbildungen im Text.)

Angesichts der bedeutungsvollen Untersuchungsergebnisse, welche Dank der mangelhaften Entwickelungsmethode in neuester Zeit gewonnen wurden, erschien es von Wichtigkeit, die pathologischen wie die experimentellen Befunde nach Amputation der Extremitäten, die in überwiegender Anzahl von verschiedenen Autoren beschrieben wurden (Marinesco, Pelizzi, Dejerine, Edinger, Homén u. v. A.) durch ein Studium angeborener Bildungsanomalien zu fördern.

Das Nervensystem, dem die vorliegende Beschreibung gewidmet ist, gehörte einem Kinde (Foetus ?) mit sog. Amputatio spontanea, Amelia. Das hierher gehörende Präparat verdanke ich der vorzüglichen Liebenswürdigkeit des Herrn Professor, Dr. Fenomenoff, Direktor einer der grössten Entbindungsanstalten in St. Petersburg, der in einer so freundlichen Weise meinem Wunsche entgegenkam. Ich fühle mich angenehm verpflichtet, für die Ueberlassung des kostbaren Materials Herrn Prof. Dr. Fenomenoff auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank nochmals auszusprechen, und erlaube ich mir nun, die Resultate dieser mühsamen Untersuchung hier mitzutheilen.

Bevor ich zur Schilderung des anatomischen Befundes übergehe, möchte ich die Resultate, zu welchen die Forscher bei der Untersuchung des Rückenmarks nach Amputation der Extremitäten gekommen sind, kurz zusammenfassen.

Ueber die Localisation der Veränderungen im Rückenmarke nach Amputation der Extremitäten sind die Angaben sehr verschieden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Während einige Autoren nur die sensible Sphäre betroffen fanden, andere auch die motorische, wollen einige nur eine Volumenverkleinerung der Hinterstränge, andere eine Atrophie der ganzen entsprechenden Rückenmarkshälfte zulassen. Auch mit den Ganglienzellen des Vorderhorns liegen die Verhältnisse nicht besser. Bald fand man die hintere laterale Ganglienzellengruppe afficirt, bald sah man alle Ganglienzellengruppen betroffen.

Diese Meinungsverschiedenheit in den Befunden könnte man vielleicht dadurch erklären, dass das Untersuchungsmaterial sehr variirte. Zur Untersuchung kamen solche Individuen, welche länger als 10 Jahre amputirt waren und auch solche, die sehr bald nach der Operation starben. Auch die Grösse der amputirten Theile war verschieden. Die Forscher, die ihre Untersuchung an Thieren anstellten, untersuchten erwachsene wie auch ganz junge Thiere. Was das für eine Verschiedenheit in den Befunden geben kann, wissen wir aus den klassischen experimentellen Untersuchungs - Ergebnissen der Vertreter der Gudden'schen Schule. Wir wissen schon aus den Untersuchungen von Forel (3, 4), auf die ich schon einmal (a. a. O.) hinwies, eben „dass das Absterben der Zelle, nach Zerstörung der zugehörigen Faser, sowohl beim Erwachsenen als beim Neugeborenen stattfindet. Nach einem Eingriff beim neugeborenen Thiere die Resorption der Zerfallsprodukte der abgestorbenen Elemententheile, in Folge des noch regen embryonalen Umsatzes, viel vollständiger und rascher vor sich geht, so, dass von den Fasern kaum eine Spur und von den Zellen nur wenige Reste mehr übrig bleiben. Beim Erwachsenen sind die Folgen der Eingriffe nur langsamer als beim Neugeborenen; vor Allem sind die Zerfallsresiduen bedeutender und werden langsamer resorbirt, was eine geringere Gesammtatrophie und weniger Verschiebungen zur Folge hat. Der Tod des Elementes hängt nur von dem Ort ab, wo die Faser durchtrennt wird. Bei Durchtrennung eines motorischen Nerven in seinem peripheren Verlauf kommt es nur zu einem langsamen Siechthum und zu einer Verkleinerung der Zelle und der Fasern des centralen Stumpfes. Bei Durchtrennung des gleichen Nerven an seiner Austrittsstelle sterben sowohl die centrale Wurzel als alle Ursprungszellen des sogenannten Kernes ab.“ Mayher (15) hat auch gezeigt, dass im Lendenmarke eines erwachsenen Kaninchens, dem der Ischiadicus gleich nach der Geburt entfernt war, „das Vorderhorn der angegriffenen Seite ganz ausgestorben und öde erschien und, dass die hintere laterale Ganglienzellengruppe vollständig fehlte.“

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auf diese verschiedenen Befunde bei gleichen Fällen werde ich in meinen Schlussbetrachtungen und Ergebnissen nochmals zurückkommen und näher besprechen.

Ausserdem erkläre ich die geringe Uebereinstimmung in der Frage der Atrophie, event. Volumenverkleinerung der Stränge der weissen Substanz neben einer Atrophie der grauen, und die Unsicherheit in der Bestimmung, wie z. B. „augenscheinliche Atrophie", „dem Anscheine nach", „anscheinende Atrophie", „es scheint mir, dass das Horn an Umfang vermindert sei", u. s. w., aus dem Umstande, dass die Forscher keinen Gebrauch vom Ocularmikrometer machten. Solche Befunde, die nicht mit einer präcisen Pünktlichkeit, nicht mit einem Ocularmikrometer bekräftigt sind, müssen vorläufig mit Vorsicht aufgenommen werden. Es ist allerdings wunderbar, dass die Forscher einen so hochgradigen Abscheu vor dem Ocularmikrometer haben, besonders nachdem eine solche hervorragende wissenschaftliche Grösse, wie Wilhelm His, meines Erachtens immer davon Gebrauch machte.

Makroskopischer Befund.

Kind von 26 cm Körperlänge (vom Parietallappen bis Tuber ischii gemessen). Das Rückenmark wurde zusammen mit dem Wirbelcanal nebst Spinalganglien herausgenommen, gehärtet in Formol und nachgehärtet in Kali bichromicum. Ob das ein Fötus oder ein ausgetragenes Kind war, vermag ich nicht zu entscheiden. Das Präparat bekam ich ohne nähere Daten, und da ich verpflichtet war, das Präparat wegen der Seltenheit des Falles, nachdem ich diejenigen Gebilde, auf welche die vorliegende Untersuchung sich erstreckte, herausgenommen habe, ohne weitere Section der Anstalt zurückzugeben, so konnte ich die bekannte Prüfung der Reife nicht unternehmen. Doch konnte ich bei der mikroskopischen Prüfung gewissermaassen einige Anhaltspunkte über das Lebensalter des Präparates gewinnen: das vorhandene ungekreuzte Pyramidenbündel war im Begriff, mit Myelin sich zu bekleiden, was bekanntlich kurz vor der Geburt beginnt.

Bei der makroskopischen Untersuchung ergab sich Folgendes: Die Extremitäten der rechten Seite fehlen total. Links sind die Extremitäten in hohem Grade mangelhaft entwickelt, wie es auch die Abbildung deutlich genug illustrirt (Fig. 1). Rechts an Stelle der fehlenden unteren Extremität macht die Haut eine längliche Spalte und endigt mit einem Hautsack, dessen oberer Theil viel schmäler als der untere ist. Man könnte glauben, dass es während des Embryonallebens des Kindes eine Zeit gab, wo dieser Sack an Stelle der fehlenden unteren Extremität wirklich mit etwas zugebunden war, aber jetzt nur die Spuren von einer solchen Möglichkeit nach sich gelassen hat.

Die in hohem Grade mangelhaft entwickelten Extremitäten der linken

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite endigen beide stumpf. Die obere Extremität ist 5 cm, die untere, vom Tuber ischi gemessen, ist 4 cm lang. Auf dem stumpfen Ende der unteren Extremität sitzt ein stark zusammengezogener Hautsack, der ebenfalls an die Möglichkeit, von der eben die Rede war, uns denken lässt. Die eben beschriebenen topographischen Verhältnisse sind trefflich auf der Abbildung illustrirt (Fig. 1).

Mikroskopische Beschreibung.

Die mikroskopische Untersuchung im vorliegenden Falle erstreckte sich hauptsächlich auf das Rückenmark. Der Prüfung der Spinalganglien, ihrer hohen Bedeutung wegen, wurde eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Als Vergleichungsobject diente mir das schon mehrmals in meinen früheren Aufsätzen erwähnte und zu gleichem Zwecke benutzte Kind von 50 cm Körperlänge, dessen Tod durch Asphyxie verursacht wurde.

Das Rückenmark bei Amelia.

Bei makroskopischer Betrachtung der Präparate des Rückenmarks bei Amelia fällt schon die Kleinheit der Schnitte gegenüber den entsprechenden normalen in's Auge. Nehmen wir zunächst den transversalen und den sagittalen Durchmesser beider Rückenmarke auf verschiedener Höhe, so erhalten wir Folgendes:

Rückenmark bei Amelia.

Transversaler Durchmesser in Millimetern:

Auf der Höhe der Halsschwellung . . .	0,4
„ „ „ des mittleren Brusttheils . .	0,3
„ „ „ der Lendenschwellung . . .	0,4

Sagittaler Durchmesser in Millimetern:

Auf der Höhe der Halsschwellung . . .	0,3
„ „ „ des mittleren Brusttheils . .	0,2
„ „ „ der Lendenschwellung . . .	0,3

Normales Rückenmark.

Transversaler Durchmesser in Millimetern:

Auf der Höhe des Austritts des IV. Cervicalnerven	0,7
„ „ „ „ „ „ VI. Dorsalnerven	0,4
„ „ „ „ „ „ III. Lumbalnerven	0,6

Sagittaler Durchmesser in Millimetern:

Auf der Höhe des Austritts des IV. Corvicalnerven	0,6
„ „ „ „ „ „ VI. Dorsalnerven	0,4
„ „ „ „ „ „ III. Lumbalnerven	0,7

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Rückenmarkschnitte bei Amelia sind also bedeutend kleiner. Um die graue Substanz des Rückenmarks bei Amelia mit der des normalen Kindes zu vergleichen, wurde dieselbe mit dem Ocularmikrometer (Leitz, 2, Hartnack, System 2, Tuba ausgezogen) auf verschiedenen Rückenmarkshöhen der Messung unterworfen. Die Zahl der Ganglienzellen des ersten und des zweiten wurde auf verschiedenen Höhen festgestellt und der erhaltene Unterschied drückte sich, wie es auch aus der darauffolgenden Tabelle I zu ersehen ist, in folgenden Zahlen aus.

Tabelle I,

welche das Verhältniss zwischen der Zahl der Vorderhornzellen bei Amelia und den Vorderhornzellen des normalen zeigt.

Lumbalschwellung des Rückenmarkes bei Amelia		Lumbalschwellung des normalen Rückenmarks		Dorsaltheil des Rückenmarks bei Amelia		Dorsaltheil des normalen Rückenmarks		Cervicaltheil des Rückenmarks bei Amelia		Cervicaltheil des normalen Rückenmarks	
Cornu sin.	Cornu dex.	Cornu sin.	Cornu dex.	Cornu sin.	Cornu dex.	Cornu sin.	Cornu dex.	Cornu sin.	Cornu dex.	Cornu sin.	Cornu dex.
33 (3)	12	80	92	15	12	7	7	41	23	72	108
27	21	85	93	9	13	14	13	25	25	81	93
36	14	58	45	12	9	9	10	36	27	106	91
19	11	63	51	12	7	5	9	41	23	77	66
13	11	46	46	9	11	10	6	34	25	77	74
27 (7)	20	56	57	8	7	8	8	21	21	90	64
8	13	47	45	3	7	10	8	33	27	44	63
20	14	48	43	11	8	12	14	32	28	60	62
Durchschnittszahlen von 16 Messungen											
18		59		9		8		28		76	

Diese Tabelle ist für uns von grosser Bedeutung, denn aus ihr ersehen wir, dass das normale Rückenmark an Ganglienzellen bedeutend reicher ist, als das bei Amelia und besonders, dass die Zahl an Ganglienzellen mehr auf der rechten Seite vermindert ist. Auf dieses wichtige Ergebniss werden wir bei unseren Schlussbetrachtungen noch zurückkommen und es näher besprechen. An dieser Stelle betone ich nur, dass nicht nur die Zahl der Ganglienzellen allein, sondern auch die Dimensionen der Grundsubstanz sehr reducirt sind. Um die graue (bezw. Grundsubstanz) und weisse Substanz des Rückenmarks bei Amelia mit der des normalen Kindes zu vergleichen, wurde dieselbe mit dem Ocularmikrometer (Leitz 2, Hartnack, System 2, Tuba ausgezogen) auf verschiedene Höhen der Messung unterworfen, worüber wir folgende Tabellen erhalten:

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle II (zu den Figg. 1 und 2).

Verhältnisszahlen zwischen den transversalen und sagittalen Dimensionen der grauen Substanz. Ocularmikrometer Leitz 2, Hartnack, System 2, Tuba ausgezogen.

Lumbalschwellung bei Amelia.

Breite der grauen Substanz der Vorderhörner von den Vorder- bis zu den Seitensträngen.

sinister	dexter
a′—b′	a—b
6,0	5,0
6,0	5,2
6,0	5,0
5,7	5,0

Höhe der grauen Substanz der Vorderhörner von der weissen Commissur bis zu den Vordersträngen.

sinister	dexter
c′—d′	c—d
3,0	3,0
3,0	3,0
3,0	3,0
3,0	3,0

Breite der grauen Commissuren bei Amelia.

f—g
2,5
2,5
2,5
2,5

Dorsaltheil bei Amelia.

Breite der grauen Substanz der Vorderhörner von den Vorder- bis zu den Seitensträngen.

sinister	dexter
a′—b′	a—b
1,7	1,7
1,7	1,7
1,3	1,5
1,7	1,5

Normale Lumbalschwellung.

Breite der grauen Substanz der Vorderhörner von den Vorder- bis zu den Seitensträngen.

sinister	dexter
a′—b′	a—b
7,5	7,5
7,0	7,5
8,0	7,5
7,8	7,0

Höhe der grauen Substanz der Vorderhörner von der weissen Commissur bis zu den Vordersträngen.

sinister	dexter
c′—d′	c—d
7,0	7,0
7,0	7,0
7,0	6,0
7,0	7,0

Breite der grauen Commissuren des normalen.

f—g
2,8
2,8
2,6
2,5

Normaler Dorsaltheil.

Breite der grauen Substanz der Vorderhörner von den Vorder- bis zu den Seitensträngen.

sinister	dexter
a′—b′	a—b
3,0	3,0
3,0	3,0
3,0	3,0
3,0	3,0

Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Höhe der grauen Substanz der Vorderhörner von der weissen Commissur bis zu den Vordersträngen.

sinister	dexter
c′—d′	c—d
1,2	1,5
1,5	1,5
1,0	1,3
1,0	1,5

Höhe der grauen Substanz der Vorderhörner von der weissen Commissur bis zu den Vordersträngen.

sinister	dexter
c′—d′	c—d
2,5	2,7
3,0	2,5
2,7	3,0
2,5	2,5

Breite der grauen Commissuren bei Amelia.

f—g
2,0
2,0
2,0
2,0

Breite der grauen Commissuren des normalen.

f—g
1,0
1,0
1,2
1,1

Cervicalschwellung bei Amelia.
Breite der grauen Substanz der Vorderhörner von den Vorder- bis zu den Seitensträngen.

sinister	dexter
a′—b′	a—b
4,5	4,3
4,5	4,0
4,0	4,5
4,5	4,5

Normale Cervicalschwellung.
Breite der grauen Substanz der Vorderhörner von den Vorder- bis zu den Seitensträngen.

sinister	dexter
a′—b′	a—b
7,0	7,5
7,5	7,0
7,0	7,0
7,0	7,5

Höhe der grauen Substanz der Vorderhörner von der weissen Commissur bis zu den Vordersträngen.

sinister	dexter
c′—d′	c—d
1,5	1,5
1,5	1,5
1,5	1,5
1,5	1,5

Höhe der grauen Substanz der Vorderhörner von der weissen Commissur bis zu den Vordersträngen.

sinister	dexter
c′—d′	c—d
4,3	4,0
4,5	4,0
4,0	4,0
4,0	4,0

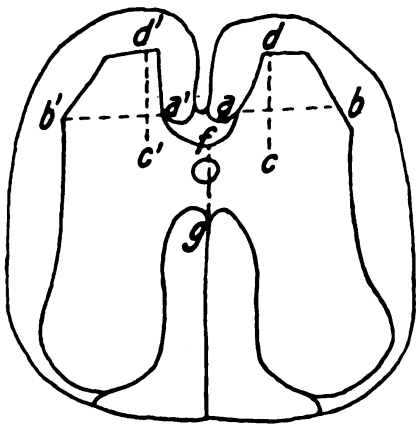
Breite der grauen Commissuren bei Amelia.

1,0
1,0
1,0
1,0

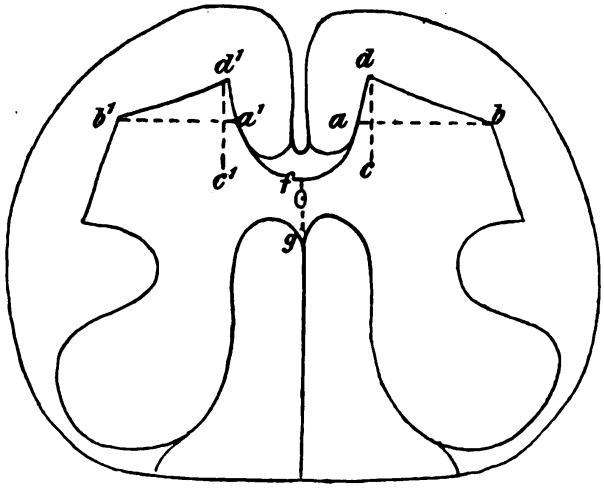
Breite der grauen Commissuren des normalen.

1,4
1,2
1,4
1,2

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Figur 1. Amelia.



Figur 2. Normal.

Tabelle III zu den Figg. 3 und 4,

aus welcher das Verhältniss zwischen den transversalen und sagittalen Dimensionen der weissen Substanz des Rückenmarks bei Amelia und des normalen Kindes hervorgeht. Ocularmikrometer Leitz 2, Hartnack, System 2, Tuba ausgezogen.

Lumbalschwellung bei Amelia.

Breite der Vorderstränge von der Fiss. long. ant. bis zu den Vorderhörnern.

sinister	dexter
a'—b'	a—b
1,5	1,3
1,5	1,5
1,5	1,5
1,5	1,3

Weisse Substanz vor der Peripherie der Vorderhörner

sinister	dexter
m'—n'	m—n
1,5	1,5
1,5	1,5
2,0	2,0
2,0	2,0

Breite der Hinterstränge vorn, von der Fiss. long. post. bis zu den Hinterhörnern.

sinister	dexter
c'—d'	c—d
1,3	1,5
1,5	1,5
1,3	1,5
1,5	1,5

Lumbalschwellung d. norm. Rückenm.

Breite der Vorderstränge von der Fiss. long. ant. bis zu den Vorderhörnern.

sinister	dexter
a'—b'	a—b
1,8	2,0
2,2	1,9
2,0	1,8
1,9	1,8

Weisse Substanz vor der Peripherie der Vorderhörner

sinister	dexter
m'—n'	m—n
3,0	3,0
2,0	3,0
3,0	3,5
3,5	3,0

Breite der Hinterstränge vorn, von der Fiss. long. post. bis zu den Hinterhörnern.

sinister	dexter
c'—d'	c—d
2,0	2,0
2,0	2,0
1,7	1,6
1,6	1,5

Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Breite der Hinterstränge hinten.

sinister	dexter
e′—f′	e—f
4,0	2,5
3,5	2,5
3,5	3,0
3,5	3,0

Breite der Hinterstränge hinten.

sinister	dexter
e′—f′	e—f
7,0	7,5
7,3	7,0
8,0	7,2
7,5	7,5

Höhe der Vorderstränge von der weissen Commissur bis zur Peripherie.

sinister	dexter
g′—h′	g—h
5,5	5,0
5,5	5,3
5,0	5,0
4,5	4,5

Höhe der Vorderstränge von der weissen Commissur bis zur Peripherie.

sinister	dexter
g′—h′	g—h
10,0	11,0
10,2	10,0
10,5	9,5
10,0	10,5

Höhe der Hinterstränge.

sinister	dexter
i′—j′	i—j
5,0	5,3
5,2	5,4
5,1	5,4
5,2	5,4

Höhe der Hinterstränge

sinister	dexter
i′—j′	i—j
13,5	13,5
13,3	13,5
13,3	13,3
13,0	13,3

Breite der weissen Commissur

k—l
1,0
0,7
0,7
0,7

Breite der weissen Commissur

k—l
1,0
2,0
1,5
1,0

Breite der Seitenstränge vorn

sinister	dexter
o′—p′	o—p
1,8	1,7
1,8	1,7
1,6	1,7
1,9	1,7

Breite der Seitenstränge vorn

sinister	dexter
o′—p′	o—p
2,5	2,5
3,0	2,5
3,0	3,0
2,0	2,0

Breite der Seitenstränge hinten.

sinister	dexter
q′—r′	q—r
2,0	2,0
2,2	2,0
2,2	2,0
2,5	2,0

Breite der Seitenstränge hinten.

sinister	dexter
q′—r′	q—r
5,1	5,5
5,1	5,5
6,0	6,0
5,5	6,0

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dorsaltheil bei Amelia.

Breite der Vorderstränge von der Fiss. long. ant. bis zu den Vorderhörnern[1]).

sinister	dexter
a′—b′	a—b
2,0	2,0
2,0	2,2
2,0	2,0
2,0	2,3

Weisse Substanz vor der Peripherie der Vorderhörner.

sinister	dexter
m′—n′	m—n
1,5	1,2
1,5	1,3
1,5	1,5
1,5	1,3

Breite der Hinterstränge hinten.

sinister	dexter
e′—f′	e—f
2,5	2,0
2,5	2,0
2,5	2,0
3,0	2,0

Höhe der Vorderstränge von der weissen Commissur bis zur Peripherie.

sinister	dexter
g′—h′	g—h
3,0	3,3
3,0	3,0
3,0	3,0
3,0	3,0

1) Vorderstranggrundbündel allein gemessen beträgt:

sinister	dexter
1,0	1,0
1,1	1,0
1,5	1,0
1,1	1,0

Dorsaltheil des normalen.

Breite der Vorderstränge von der Fiss. long. ant. bis zu den Vorderhörnern[2]).

sinister	dexter
a′—b′	a—b
2,5	1,5
2,5	1,5
2,5	1,4
2,5	1,3

Weisse Substanz vor der Peripherie der Vorderhörner.

sinister	dexter
m′—n′	m—n
3,0	2,5
3,0	2,7
3,1	2,6
3,0	2,6

Breite der Hinterstränge hinten.

sinister	dexter
e′—f′	e—f
6,0	6,0
5,5	6,0
6,0	5,5
5,5	6,5

Höhe der Vorderstränge von der weissen Commissur bis zur Peripherie.

sinister	dexter
g′—h′	g—h
5,4	5,5
5,2	5,2
5,8	5,5
5,7	5,2

2) Vorderstranggrundbündel allein gemessen beträgt:

sinister	dexter
1,0	1,5
1,0	1,5
1,0	1,4
1,0	1,3

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Höhe der Hinterstränge.

sinister	dexter
i'—j'	i—j
4,0	4,0
4,0	4,0
4,0	4,0
4,0	4,0

Breite der weissen Commissur.

k—l
0,7
0,5
0,5
0,5

Breite der Seitenstränge vorn.

sinister	dexter
o'—p'	o—p
2,0	1,5
2,0	2,0
2,0	2,0
2,0	2,0

Breite der Seitenstränge hinten.

sinister	dexter
q'—r'	q—r
2,0	2,0
2,0	2,0
2,0	2,0
2,0	2,0

Cervicalschwellung bei Amelia.

Breite der Vorderstränge von der Fiss. long. ant. bis zu den Vorderhörnern [1]).

sinister	dexter
a'—b'	a—b
4,0	4,0
4,0	4,0
4,0	4,0
4,0	4,0

1) Vorderstranggrundbündel allein gemessen beträgt:

sinister	dexter
1,1	1,0
1,0	1,0
1,0	1,0
1,0	1,0

Höhe der Hinterstränge.

sinister	dexter
i'—j'	i—j
11,0	11,0
11,0	11,0
11,0	11,0
11,0	11,0

Breite der weissen Commissur.

k—l
1,0
1,0
1,0
1,0

Breite der Seitenstränge vorn.

sinister	dexter
o'—p'	o—p
3,0	3,0
3,0	3,0
2,6	2,5
2,5	2,5

Breite der Seitenstränge hinten.

sinister	dexter
q'—r'	q—r
5,5	5,2
5,5	5,2
5,8	5,0
5,8	5,3

Cervicalschwellung des normalen.

Breite der Vorderstränge von der Fiss. long ant. bis zu den Vorderhörnern [2]).

sinister	dexter
a'—b'	a—b
4,0	3,0
3,8	3,0
4,0	3,0
3,3	3,9

2) Vorderstranggrundbündel allein gemessen beträgt:

sinister	dexter
1,3	1,0
1,1	1,2
1,4	1,3
1,3	1,1

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Weisse Substanz vor der Peripherie der Vorderhörner.

sinister	dexter
m'—n'	m—n
2,0	2,5
2,0	2,5
2,2	2,5
2,2	2,5

Breite der Hinterstränge vorn von der Fiss. long. post. bis zu den Hinterhörnern.

sinister	dexter
c'—d'	c—d
2,0	1,7
2,0	1,7
2,0	1,7
2,0	1,7

Breite der Hinterstränge hinten.

sinister	dexter
e'—f'	e—f
3,0	2,5
3,0	2,5
3,0	2,5
3,0	2,5

Höhe der Vorderstränge von der weissen Commissur bis zur Peripherie.

sinister	dexter
g'—h'	g—h
3,5	3,5
3,5	3,5
3,5	3,5
3,5	3,5

Höhe der Hinterstränge.

sinister	dexter
i'—j'	i—j
6,0	5,7
5,9	5,8
6,0	5,8
6,0	5,9

Breite der weissen Commissur.

k—l
0,5
0,5
0,5
0,5

Weisse Substanz vor der Peripherie der Vorderhörner.

sinister	dexter
m'—n'	m—n
4,5	4,0
4,5	3,5
4,1	3,5
3,5	4,0

Breite der Hinterstränge vorn von der Fiss. long. post. bis zu den Hinterhörnern.

sinister	dexter
c'—d'	c—d
3,0	3,2
3,0	3,0
3,1	3,0
3,0	3,1

Breite der Hinterstränge hinten.

sinister	dexter
e'—f'	e—f
8,0	8,0
8,0	8,0
8,0	8,0
8,0	8,0

Höhe der Vorderstränge von der weissen Commissur bis zur Peripherie.

sinister	dexter
g'—h'	g—h
8,8	8,0
8,7	7,8
8,9	7,7
8,8	8,8

Höhe der Hinterstränge.

sinister	dexter
i'—j'	i—j
17,2	17,5
17,2	17,5
17,3	17,5
17,6	17,3

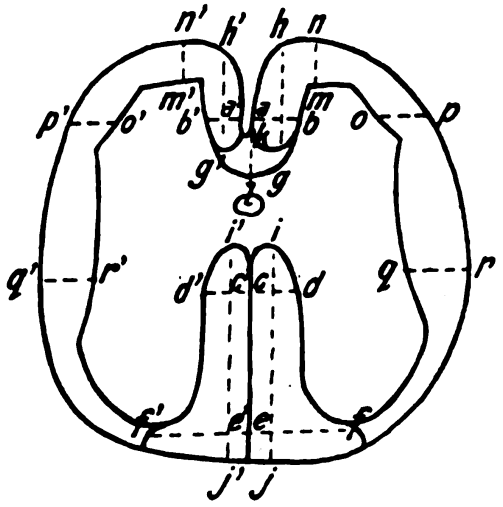
Breite der weissen Commissur.

k—l
1,0
1,0
1,0
1,0

Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

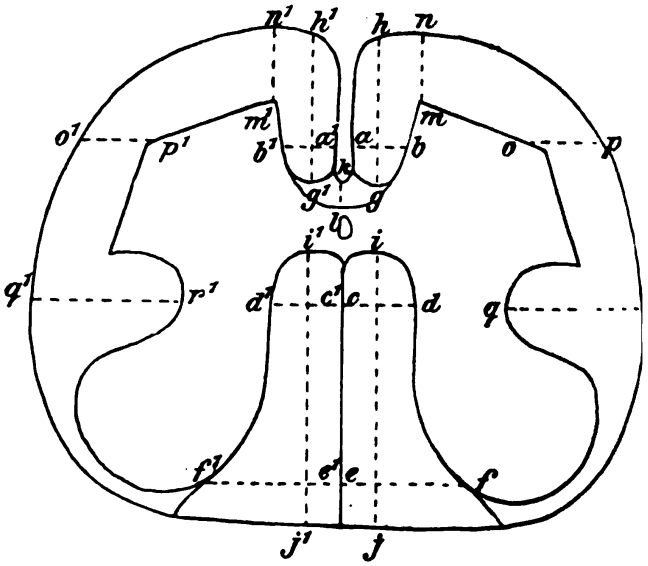
Breite der Seitenstränge vorn.		Breite der Seitenstränge vorn.	
sinister	dexter	sinister	dexter
o′—p′	o—p	o′—p′	o—p
2,0	1,8	3,2	3,5
2,0	2,0	3,3	3,2
1,7	2,0	3,3	3,0
1,7	2,0	3,0	3,3
Breite der Seitenstränge hinten.		Breite der Seitenstränge hinten.	
sinister	dexter	sinister	dexter
q′—r′	q—r	q′—r′	q—r
2,0	2,0	9,5	9,0
2,0	2,0	9,3	9,0
2,0	2,0	9,3	9,0
2,0	2,0	8,7	9,5

Figur 3.



Amelia.

Figur 4.



Normal.

Was zunächst die graue Substanz anbetrifft, so bietet sie manches Abnormes dar. Die Vorderhornzellen sammeln sich nicht zu den bekannten abgesonderten Ganglienzellengruppen, also es giebt weder eine hintere seitliche, noch eine strikte centrale Ganglienzellengruppe. Die einzige Ganglienzellengruppe, die noch zu unterscheiden ist, ist die vordere seitliche, von der eine kleine, verminderte Gruppe sich abhebt, und die wahrscheinlich als centrale Ganglienzellengruppe aufzufassen ist (Fig. 4 u. 6). Die mediale oder innere Ganglienzellengruppe ist nicht auf allen Schnitten deutlich zu unterscheiden. Im linken Vorderhorn, im Theile der grauen Substanz, der dem Seiten-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

horne entsprechen könnte, links auf zwei Schnitten konnte man drei bis sieben Ganglienzellen sehen (Tabelle I, Lumbalschwellung). Wenn wir zunächst das Lendenmark betrachten, so ersehen wir, dass die vorhandenen Vorderhornzellen sehr nah zu einander in pericellulären Räumen liegen. Die Ganglienzellen sind multipolar mit einem vom Protoplasma eng umschlossenen Kerne mit Kernkörperchen versehen, in welchem noch ein Nucleolus scharf zu unterscheiden ist, leicht granulirt. Das allgemeine Aussehen der Ganglienzellen ist meistens atrophisch. Nur selten stösst man auf eine schöne Vorderhornzelle. Ja, die Grösse der Vorderhornzelle mag reducirt sein, denn mit dem Oculmc. Leitz 2, Hartnack, Syst. 7, Tuba ausgezogen, zeigen die meisten einen Durchmesser von 0,15, sehr selten von 0,20 und der Kern 0,06. Die entsprechenden normalen haben einen Durchmesser von 0,20, die Ganglienzelle und der Kern 0,07. Die vorderen Wurzeln im Vergleich mit den normalen zeigen eine hochgradige Atrophie. Das feine Fasernetz des Vorderhorns ist faserarm und ebenfalls atrophisch (Fig. 4).

Im Vorderhorne der Halsschwellung gelingt es nur eine ziemlich verminderte vordere seitliche Ganglienzellengruppe zu unterscheiden. Die Vorderhornzellen liegen in erweiterten pericellulären Räumen, sehr nah zu einander, so, dass ihre Zellleiber nur durch bindegewebige Septa von einander getrennt sind. Der Zellkörper ist schmal, länglich, mit undeutlichen, abgerissenen Conturen, einige sind blass und durchsichtig, mit einem Kerne und Kernkörperchen, der meistens an der Seite liegt. Die Vorderhornzelle der Halsschwellung sieht im Allgemeinen mehr atrophisch aus, als diejenige der Lumbalschwellung. Sie zeigen einen Durchmesser von 0,15 die Zelle, auch weniger, und 0,05 der Kern. Beim Normalen zeigt die Vorderhornzelle einen Durchmesser von 0,20 und der Kern 0,05 und 0,07 (Oculmc. Leitz 2, Hartnack, Syst. 7, Tuba ausgezogen). Auch in der Halsschwellung an Stelle des Seitenhorns konnte man ein paar Ganglienzellen beobachten. Die vorderen Wurzeln der Halsschwellung bieten dieselben Veränderungen dar. Das feine Fasernetz ist kaum entwickelt, event. merkbar. Unterhalb wie oberhalb der Halsschwellung nehmen die vorderen Wurzeln ihr normales Aussehen ein. Dasselbe kann ich nicht von den hinteren Wurzeln vermuthen (Fig. 5 u. 7).

Was besonders auf der ganzen Länge des Rückenmarks auffällt, ist das Fehlen bezw. die Abwesenheit des gekreuzten Pyramidenbündels. Auch die übrigen Leitungsbahnen bieten eine bedeutende Reduction dar. So im Lendenmark, die Hinterstränge von hinten sind am stärksten reducirt, und wie es aus der Tabelle III zu ersehen ist,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rechts mehr wie links, und zwar deshalb, weil das innere Bündel der hinteren Wurzel theilweise fehlt (Fig. 2, e), so sehen wir einen halbmondförmigen Ausschnitt im Hinterstrang (Fig. 4).

Die Bündel der Hinterstränge sehen nicht so mächtig aus, auch sind sie nicht so gesättigt, wie beim Vergleichungsobject, und im hinteren äusseren Felde des Burdach'schen Stranges kommt sogar eine Aufhellung zum Vorschein. Nur lateralwärts sind entwickelte Fasern. Eine unregelmässige Aufhellung in den vorderen Theilen ist auch zu bemerken. Auch der Goll'sche Strang ist hell und statt Fasern sind Körner. Entweder haben sich die Fasern in den genannten hellen Theilen nicht entwickelt oder sind zu Grunde gegangen. Das mediale innere Bündel der hinteren Wurzel durch grobe Fasern ausgezeichnet (Fig. 2, e) links ist etwas mächtiger als rechts, wo es zum Theil fehlt; der laterale Theil desselben (Fig. 2, g) von beiden Seiten ist schwach entwickelt (Fig. 4), das äussere Bündel durch feine Fasern ausgezeichnet (Fig. 2, j) von beiden Seiten ist nicht entwickelt (Fig. 4). Die Randzone von Lissauer fehlt ebenfalls. Die brückenartigen Fasern, die ich früher (Fig. 2, i) als „Einschnitte von Lissauer" bezeichnete, entweder fehlen oder sind ganz schwach angedeutet. Die hinteren Wurzel sind unbedingt atrophisch, stellenweise blass. In der Substantia gelatinosa Rolandi befinden sich dicke Bündelchen, die aufsteigenden Colonnen Clarke's. Schon makroskopisch ist eine Asymmetrie der rechten Hälfte zu constatiren. Mikroskopisch überzeugt man sich, dass diese Asymmetrie auf Verkleinerung des rechten Hinterhorns zurückzuführen ist, dessen Höhe auf 0,5 geringer erscheint, als links, auch die ganze rechte Hälfte auf 0,5 in der Breite kleiner als die linke ist. Es ist zu betonen, dass im Grau des Rückenmarks überhaupt zahlreiche Haufen von lymphoiden Elementen, resp. Körnern sich vorfinden, aber diese Körnerwucherung, die im Grau des Centralnervensystems bei Defectbildungen des Medullarrohres vorkommt, im vorliegenden Falle besonders im Hinterhorne ihren höchsten Punkt erzielt. Die oben betonte halbmondförmige Verkleinerung des rechten Hinterstranges nimmt cerebralwärts allmälich ab. Im mittleren Brustmark ist sie noch verhanden, aber in der Halsschwellung gleichen sich die Hinterstränge fast aus.

Von den übrigen Leitungsbahnen sind die Seitenstränge hinten am meisten und die Vorderstränge am wenigsten reducirt.

Nachdem der Unterschied in den Leitungsbahnen, besonders in den Hintersträngen, im Dorsaltheile (s. die Tabelle) geringer wird, vergrössert er sich im Cervicaltheile, wo er, wie es aus der vorliegenden Tabelle zu ersehen ist, seinen höchsten Punkt erreicht. Die Cervical-

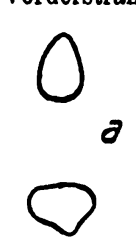
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwellung ist auch asymmetrisch. Die rechte Hälfte ist auf 0,5 kleiner und auch das rechte Hinterhorn, dessen Höhe auf 0,5 kleiner erscheint als links. Der sog. Apex cornu post. ist nicht vorhanden. Das hintere äussere Feld der Hinterstränge ist ebenso hell, wie in der Lumbalschwellung und ebenfalls sind die vorderen Abschnitte unregelmässig hell. Nur lateralwärts sind entwickelte Fasern, die gesättigt aussehen. Wahrscheinlich haben sich die Fasern in diesen Theilen nicht entwickelt oder sind zu Grunde gegangen. Im Allgemeinen sehen die Bündel atrophisch aus und sind noch weniger compact, als in der Lumbalschwellung, stellenweise durchsichtig und dazwischen befinden sich Ansammlungen von Körnern. Das allgemeine Aussehen der Halsschwellung ist, wie im Falle von Cyklopie, atypisch; vielleicht wegen eines Druckes sieht sie platt zusammengedrückt aus, und deshalb hat der Vorderstranggrundbündel eine abnorme Lage eingenommen. Die hinteren Wurzeln sind fein, blass, mangelhaft entwickelt. Das mediale innere Bündel, durch grobe Fasern ausgezeichnet, (Fig. 3, e) ist links etwas stärker als rechts; der laterale Theil desselben (Fig. 3, g) von beiden Seiten fehlt. Das äussere Bündel der hinteren Wurzel, durch feine Fasern ausgezeichnet (Fig. 3, j), rechts wie links ebenfalls nicht entwickelt. In den beiden Schwellungen, besonders in der Halsschwellung, sehen wir, dass die Peripherie rechts heller ist und, dass medialwärts viele Längsfasern verlaufen (Fig. 5). Unterhalb der Halsschwellung ist noch eine Verlagerung der grauen Substanz im Hinterstrange zu constatiren, aber da sie wahrscheinlich in keinem Zusammenhange mit unseren früher erörterten Befunden steht, so möchte ich diese Heterotopie nur andeuten und nicht weiter besprechen. Was besonders in der Halsschwellung auffallend ist, ist das dicke Bündel, (Fig. 5), das rechts in einer Entfernung von 2,0 vom Halsmark und in derselben Entfernung von den vorderen Wurzeln verläuft. Die Breite des Bündels ist auffallend mächtig und stark und beträgt 2,0. Das dicke Bündel, das zusammen mit dem Bündel der hinteren Wurzel liegt, richtet sich scheinbar nach dem Spinalganglion. Ob diese Entfernung zwischen den Bündeln nur eine Unterbrechung der vorderen Wurzeln darstellt, vermag ich nicht zu entscheiden. Jedenfalls ist es unbegreiflich, wie aus den fehlenden und atrophischen Vorderhornzellen so ungemein starke Bündel auswachsen können. Cerebralwärts nehmen die Hinterstränge allmälich ab und verschwinden. Im Uebergang in die Medulla oblongata fehlen sowohl die Hinterstrangkerne, wie die Schleifenkreuzung. Das Gehirn im Allgemeinen ist entwickelt, aber sehr klein und in der Entwicklung gehemmt, besonders der Hirnmantel,

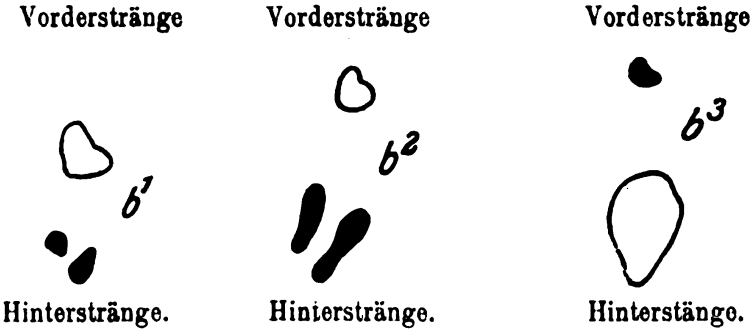
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

welcher keine Windungen hat und sogar nicht alle Furchen sind angelegt.

Was noch beachtenswerth im Rückenmark erscheint, ist die Vermehrung der Centralcanäle. Caudalwärts vom Lendenmark, im Sacraltheile sieht man eine Vermehrung der Centralcanäle. Das allgemeine Bild präsentirt sich folgender Weise: im untersten Lendenmark, bezw. am Uebergange in das Sacralmark der Centralcanal, der bedeutend erweitert und um die Hälfte obliterirt ist, sich allmälich schliesst und in verschiedenen Stellen der grauen Substanz, vorzugsweise in der Mitte, bilden sich tief gefärbte Fleckchen, die mit schönem Cylinderepithel ausgekleidet sind und welche zu einem Centralcanal sich öffnen. Zuerst sieht man zwei Centralcanäle (a), einen vorne unterhalb der Vorderstränge und einen zweiten hinten oberhalb der Hinterstränge. Alle beide in der Mitte. Caudalwärts werden sie etwas enger, dann wieder grösser,



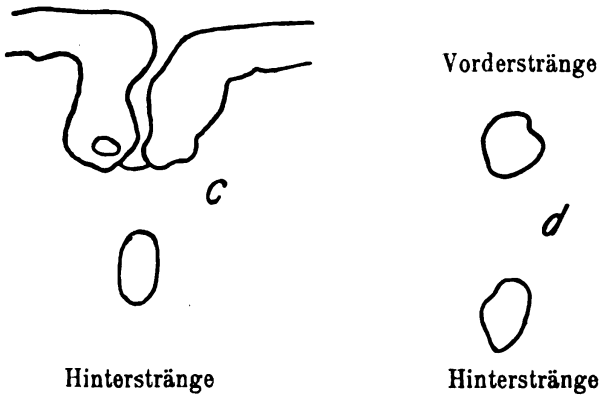
der obere behält seine Breite noch eine Strecke lang nach unten, indem der untere sich allmälich schliesst. Statt des unteren in der Mitte zwischen Vorder- und Hintersträngen bilden sich zwei tief gefärbte Fleckchen (b^1), welche sich verlängern (b^2) und endlich in einen grossen Centralcanal sich öffnen (b^3), indem der vordere bedeutend schmäler



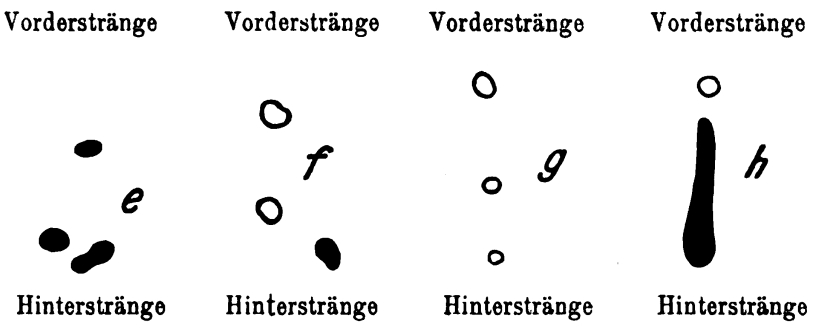
wird und sich in die hintere Abtheilung des linken Vorderstrangs verlagert (c). Später nehmen beide ihre frühere Lage ein und wir sehen zwei grosse Centralcanäle, einen vorne und den anderen hinten (d).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Caudalwärts schliessen sie sich und das Rückenmark bleibt von den Centralcanälen ganz frei. Nachdem das Rückenmark eine Strecke lang frei von Centralcanälen blieb, bilden sich allmälich drei tief gefärbte



Fleckchen (e), welche sich in einen Centralcanal verwandeln, der eine bleibt vorne, die zwei anderen in der Mitte (f), bald nachdem die zwei letzten verschwinden, aber darauf wieder zum Vorschein kommen. Nachdem das letzte Bild sich mehrmals wiederholt, kommen wieder zwei zum Vorschein, der eine vorn, der andere hinten. Etwas mehr caudal-



wärts verschwindet der hintere, der vordere vergrössert sich und in der Mitte bilden sich zwei kleine Centralcanäle (g), die in einen länglichen obliterirten Centralcanal zusammenfliessen (h).

Wir wenden uns jetzt zur Untersuchung der Spinalganglien bei Amelia. Wie gesagt, die Spinalganglien wurden ihrer hohen Bedeutung wegen mit dem Wirbelcanal zusammen sorgfältig herausgenommen. Im Lumbaltheile wurden sie zusammen mit dem Rückenmark in Querschnitte zerlegt. Im Halstheile habe ich aus den Spinalganglien horizontale Serienschnitte gemacht. Dabei benutzte ich als Vergleichungsobject dasselbe Object, dessen ich schon einmal bei derselben Gelegenheit in meiner Abhandlung über den ersten Fall von Amyelie mich bediente,

Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

und das einem 38 cm langen Fötus angehörte. Auf der ganzen Länge des Lumbaltheils habe ich bloss zwei Spinalganglien gefunden, je eines an jeder Seite. Was zunächst die Grösse der Ganglien anbetrifft, so zeigen sie folgende Verhältnisse: vergleicht man die angelegten Querschnitte aus dem Lumbalganglion bei Amelia mit einem solchen von 38 cm langen normalen Fötus, so erscheinen die Dimensionen beim letzteren wesentlich grösser. So beträgt beim pathologischen Ganglion die Breite 8,0, beim normalen 12,0. Die bindegewebige Scheide, die das Ganglion umhüllt, ist mehr als um die Hälfte dünner. Das Gangliom ist von ungemein erweiterten Gefässen umhüllt; zwischen den Ganglienzellen und über den letzteren finden sich zahlreiche ausgewanderte Blutkörperchen, Leukocyten und körnerartige Gebilde. Auch das Ganglion selbst wird von zahlreichen Gefässen durchzogen. Die Ganglienzellen liegen nicht so compact wie beim normalen, im Gegentheil sehr lose und sind durch zahlreiche bindegewebige Septa und Blutgefässe zu kleinen Gruppen abgesondert. Zweifellos sind die Stützelemente geschrumpft und meist resorbirt. Die Granulae des Zellkörpers treten nicht so scharf hervor wie beim Vergleichungsobject, vielmehr homogen, der Kernkörper sehr undeutlich, mit schwachen Umrissen, das Kernkörperchen nicht entfärbt und deshalb scharf zu sehen. Auf den Präparaten mit Nachfärbung ist das Aussehen der Ganglienzellen noch mehr homogen, die Granulae des Zellleibes noch undeutlicher, der Kernkörper mit dem Kernkörperchen zuweilen gar nicht zu unterscheiden, meistens aber blass, mit schwachen Umrissen. Die Zahl der Zellen mag reducirt sein und, was die Grösse anbetrifft, so entsprechen sie nicht den normalen Verhältnissen. Beim Normalen zeigen die Ganglienzellen folgenden Durchmesser: die Zelle 0,20 und 0,07 bis 0,08 der Kern mit einem Kernkörperchen von 0,03 und 0,04 bis 0,05. Auch trifft man Ganglienzellen von 0,25, meistens aber sieht man Ganglienzellen von 0,15 bis 0,18 die Zelle mit einem Kerne von 0,06. Als Seltenheit traf ich beim pathologischen Ganglion einige Ganglienzellen von 0,18, mit einem Kerne von 0,06, häufig haben sie einen Durchmesser von 0,12 bis 0,15, mit einem Kerne von 0,05 bis 0,06. Ganglienzellen von 0,10 und weniger sind auch nicht selten zu finden. Wenn es möglich ist, die Zellelemente mit den normalen noch zu vergleichen, so ist es unmöglich in Betreff der Fasern einen weiteren Vergleich zu ziehen. Was die Entwickelung der ganglionären Fasern und des motorischen Bündels betrifft, so präsentiren sie sich unter allem Vergleich.

Im Halstheile habe ich aus den Spinalganglien horizontale Serienschnitte gemacht. Wenn wir die Serienschnitte durchprüfen, so ersehen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wir, dass zwischen den Wirbeln in den sogenannten Canales intervertebrales (Fig. 8) kleine und grössere zellige Gebilde liegen, die als Ganglia intervertebralia, Spinalganglien aufzufassen sind. Diese Gebilde sind von sehr stark erweiterten Gefässen umgeben (Fig. 8, 9, 10c). Von den drei getroffenen Spinalganglien ist nur ein Ganglion 4,0 gross (Fig. 8A). Die beiden anderen (B) konnten sogar das nicht zeigen. Die Veränderungen in den Ganglienzellen (Fig. 8A und Fig. 9G) erschweren deren Beschreibung. Wenn man nicht wüsste, dass diese kleinen Gebilde Spinalganglien sind, so könnte man nicht behaupten, dass diese stark veränderten Zellen Ganglienzellen sind, oder vielmehr Ganglienzellen waren. Sie machen den Eindruck, als ob sie geschwollen wären, aber bei einer näheren Prüfung und bei Anwendung von verschiedenen Vergrösserungen gewinnt man die Ueberzeugung, dass mehrere kleine, atrophische, geschrumpfte Ganglienzellen in eine gemeinsame Zelle zusammengeschmolzen sind und dass die Querbalken, die sie beim Zusammenfliessen bilden, den Anschein einer Ausstülpung oder Quellung geben. Ob sie noch irgend eine Andeutung an Granulatiou oder Kern besitzen, vermag ich nicht zu entscheiden (Fig. 9G). Stark ausgedehnte Gefässe treffen wir auch im Ganglion selbst zerstreut (Fig. 9c). Auch zahlreiche ausgewanderte Blutkörperchen (d) und kleine Capillaren (f), welche zwischen den Zellen sich zerstreuen. Es ist noch zu betonen, dass links an der Peripherie des Ganglion, also von der zum Rückenmark gekehrten Seite (Fig. 8 und Fig. 9e); das Ganglion von schwachen, gequollenen Fasern durchsetzt ist, die aus dem Ganglion herauszukommen scheinen. Solche Fasern sind rechts, also von der zur Peripherie gekehrten Seite nicht zu sehen. In einiger Entfernung vom Ganglion verlaufen breite Bündel (Fig. 8e und Fig. 9e) mit stark gequollenen Fasern, die ich aber geneigt bin, für motorische Fasern zu halten, da sie eine Aehnlichkeit mit den Fasern des motorischen Bündels haben und gar keine Aehnlichkeit mit denjenigen der hinteren Wurzeln. In den Muskeln, welche zusammen mit den Ganglien und Wirbeln beim Schneiden getroffen sind (Fig. 11), sieht man gequollene Nervenfasern, welche sich in die Muskelsubstanz einsenken. Solche Endkolben, welche ich in meinem ersten Fall von Amyelie gefunden habe, finde ich hier nicht. Ich halte diese Fasern auch für motorische. An dieser Stelle ist noch besonders zu betonen, dass die quergestreiften Muskeln frei von pathologischen Veränderungen sind (Fig. 11).

In Betreff der übrigen Ganglien (Fig. 8B und Fig. 10) kann ich sogar das eben Gesagte nicht wiederholen. Das sehr geschrumpfte Ganglion (Fig. 10) ist eine Infiltration von kleinzelligen Ele-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

menten, Körnern, Leukocyten, Blutkörperchen mit zahlreichen, ausgedehnten Gefässen und mit überaus reichlicher Auswanderung von Blutelementen. Die Ganglienzellen sind resorbirt ohne irgend welche Reste zurückzulassen. Mit anderen Worten die Ganglien sind zu Grunde gegangen! Der ganze Unterschied zwischen den genannten Ganglien besteht nur darin, dass das erste (A) im Begriffe ist zu Grunde zu gehen, indem die übrigen (B) schon zu Grunde gegangen sind. Hier sehen wir ebenfalls breite Bündel aus stark gequollenen Fasern, die in einer Entfernung vom vernichteten Ganglion verlaufen und welche ich auch für motorische halte (Fig. 10e). Zwischen den Ganglien und den Rippen (Fig. 8g) treffen wir ein reichliches Fettpolster. Wie die Spinalganglien von stark ausgedehnten Gefässen umgeben sind, so treffen wir auch solche im Fettpolster selbst mit reichlicher Auswanderung von Blutelementen, auch hie und da sind kleine Capillaren zerstreut (Fig. 8f). Die caudalwärts von den eben beschriebenen Spinalganglien vier getroffenen Ganglien besitzen dieselben kleinen Dimensionen, aber das allgemeine Aussehen der Lumbalganglien haben sie so ziemlich aufbewahrt. Nicht selten trifft man auch Ganglienzellen, die ein mehr normales Aussehen haben.

Schlussbetrachtungen und Ergebnisse.

In meinen früheren Aufsätzen habe ich den Nachweis geliefert, dass beim totalen Defect des Medullarrohres bei den ca. acht Monate alten Föten das periphere sensible, wie theilweise auch das sympathische Nervensystem ganz selbstständig und ohne jede Mitwirkung der Medullarplatte nicht nur fortbestehen, sondern bis zu einem gewissen Grade sich fortentwickeln kann. Eine nähere mikroskopische Prüfung hatte auch ergeben, dass die Entwickelung vor allem der Spinalganglien und der hinteren Wurzel ziemlich normal war und nahezu einer Entwickelungsstufe eines normalen gleichalterigen Fötus entsprach. Damit fand auch die erwähnte Thatsache eine neue Bestätigung, dass die sensiblen Nerven nicht aus dem Gehirn herauswachsen, sondern aus den Ganglienanlagen hervorgehen und in das Gehirn hineinwachsen.

Der vorstehende Fall gehört zu jenen seltenen Formen von Missbildungen, die nicht durch Bildungsanomalie von Seiten des Nervensystems, wie Gehirn, Rückenmark, sondern durch intrauterine Amputation, sei es durch amniotische Fäden oder durch andere Störungen, bedingt werden. Da diese Formen anatomisch in ungenügender Weise untersucht sind, so rechtfertigt schon dieser Umstand allein ein näheres Eingehen auf die anatomischen Details des Falles, der ja auch vom rein patho-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

logisch-histologischen Gesichtspunkte aus ein hervorragendes Interesse verdient.

Wenn wir den Befund und die Ergebnisse des Studiums der Serienschnitte des Rückenmarks zunächst in rein anatomischer Beziehung eines Rückblicks würdigen, so handelt es sich vor allem, was besonders hervorgehoben sein muss, um einen vollständigen Ausfall der hinteren lateralen Ganglienzellengruppe des Vorderhorns, des gekreuzten Pyramidenbündels und das Zugrundegehen der Spinalganglien.

Was die graue Substanz des Rückenmarks bei Amelia betrifft, so ersehen wir 1. eine bedeutende Volumenverkleinerung der Vorder- und Hinterhörner (Schwund der sog. gelatinösen Grundsubstanz). Einen ziemlich unbedeutenden Unterschied finden wir im Dorsaltheile und 2. eine Reduction neben einer beträchtlichen Verminderung der Zahl der Vorderhornzellen, besonders auf der rechten Seite. Wenn wir diese letzte Thatsache, die wir unter sub 1 und 2 aufgefasst haben, mit unseren früheren Befunden über denselben Gegenstand zu vergleichen versuchen, so ergiebt sich, dass der vorliegende Fall in Lumbalcervicalschwellungen den grössten Unterschied gegen den normalen uns darbietet. So zeigen die Durchschnittszahlen im „Fall von Anencephalie", wo das gesammte Centralnervensystem nur aus dem Rückenmarke und aus dem untersten Theil der Oblongata bestand und im „Fall von Cyklopie", wo das Gehirn in seiner Entwickelung in hohem Grade zurückgeblieben war, folgenden Unterschied:

Lumbalschwellung.

Durchschnittszahlen und Unterschied

des Vorderhorns.

Anencephalie	Cyklop	Amelia	Normal
Breite 5,9 = 1,5	6,5 = 0,9	5,5 = 1,9	7,4
Höhe 3,2 = 3,6	5,3 = 1,5	3,0 = 3,8	6,8
	des Hinterhorns.		
Breite 4,9 = 3,1	6,5 = 1,5	4,8 = 3,2	8,0
Höhe 3,5 = 3,3	4,5 = 2,3	3,2 = 3,6	6,8

Cervicalschwellung.

Durchschnittszahlen und Unterschied

des Vorderhorns.

Anencephalie	Cyklop	Amelia	Normal
Breite 4,2 = 3,0	—	4,3 = 2,9	7,2
Höhe 1,8 = 2,3	2,0 = 2,1	1,5 = 2,6	4,1
	des Hinterhorns.		
Breite 3,5 = 1,5	3,5 = 1,5	3,0 = 2,0	5,0
Höhe 4,3 = 4,7	5,2 = 3,8	3,1 = 5,9	9,0

Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Aus dieser Vergleichungstabelle ersehen wir, dass der vorliegende Fall sogar die Anencephalie hinter sich lässt.

Durchschnittszahlen der Vorderhornzellen

in der Lumbalschwellung				in der Cervicalschwellung			
Anencephalie	Cyklop	Amelia	Normal	Anencephalie	Cyklop	Amelia	Normal
38	47	18	59	38	58	28	76

Die höchste Zahl in allen genannten Fällen war:

in der Lumbalschwellung				in der Cervicalschwellung			
Anencephalie	Cyklop	Amelia	Normal	Anencephalie	Cyklop	Amelia	Normal
51	63	36	93	51	79	41	108

Die geringste Zahl fiel in allen genannten Fällen aus:

in der Lumbalschwellung				in der Cervicalschwellung			
Anencephalie	Cyklop	Amelia	Normal	Anencephalie	Cyklop	Amelia	Normal
26	32	11	43	23	53	20	44

Grösse der Vorderhornzellen

	in der Lumbalschwellung				in der Cervicalschwellung			
	Anencephalie	Cyklop	Amelia	Normal	Anencephalie	Cyklop	Amelia	Normal
Zelle	0,15	0,15	0,15	0,20	0,15	0,15	0,15	0,20
Kern	0,05	0,05	0,06	0,07	0,05	0,04	0,05	0,07

Aus der Tabelle III ersehen wir, dass wir bei Amelia eine allgemeine Volumenverkleinerung der Leitungsbahnen haben, die Mikromyelie drückt sich in folgender Reihe aus: Vorderstränge, Vorderstranggrundbündel, die Hinter- und Seitenstränge vorn und die weisse Substanz vor der Peripherie, die Hinter- und Seitenstränge hinten und in die Höhe sind die Vorderstränge weniger, aber die Hinterstränge am stärksten reducirt. Wenn wir die eben genannten Befunde auf eine Vergleichungstabelle reproduciren, so erhalten wir eine interessante Uebersichtstabelle aus den drei oben genannten Fällen.

Durchschnittszahlen und Unterschied der Leitungsbahnen.

Breite.

	Anencephalie	Cyklop	Amelia	Normal
Vorderstränge	3,5 = 3,7	4,8 = 2,4	7,4 = 0,2 +	7,2
Vorderstranggrundbündel	3,5 = 0,8	4,8 = 0,5 +	3,5 = 0,8	4,3
Weisse Substanz	2,5 = 4,2	9,5 = 0,2	5,4 = 4,3	9,7 (6,7)
Hinterstränge vorn . . .	3,2 = 1,6	4,1 = 0,7	3,2 = 1,6	4,8
„ hinten . .	14,6 = 6,5	16,2 = 4,9	8,0 = 13,1	21,1
Seitenstränge vorn . . .	—	6,7 = 1,7	5,5 = 2,9	8,4
„ hinten . .	—	11,2 = 8,9	6,1 = 14,0	20,1

Höhe.

Vorderstränge	12,4 = 11,6	19,2 = 4,8	11,5 = 12,5	24,0
Vorderstranggrundbündel	12,4 = 11,6	19,2 = 4,8	11,5 = 12,5	24,0
Hinterstränge	19,1 = 22,6	23,1 = 18,6	15,1 = 26,6	41,7

Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Wie im Fall von Cyklopie, so auch im vorliegenden Falle von Amelia verkleinern sich die Vorderstränge (Vorderstranggrundbündel) caudalwärts, die Hinterstränge im Gegentheil cerebralwärts. Weisse Substanz vor der Peripherie, die Seitenstränge vorn und hinten verkleinern sich im Falle von Amelia cerebralwärts. Im Falle von Cyklopie zeigt sich eine constante Verkleinerung cerebralwärts nur für die Seitenstränge hinten.

Ich betone besonders das wichtige Ergebniss, dass das gekreuzte Pyramidenbündel und die hintere laterale Ganglienzellengruppe ausgefallen sind. Das müssen Theile sein, allerdings neben den genannten hellen Theilen, die zerstreut in den Strängen liegen, welche im innigsten Zusammenhange mit den Extremitäten stehen. Das überaus wichtige Ergebniss, dass das gekreuzte Pyramidenbündel allein ausgefallen ist und dass das ungekreuzte nicht nur entwickelt, sondern im Begriffe ist mit Myelin sich zu bekleiden, zeigt uns, dass diese Bündel eine verschiedene Bedeutung haben müssen. Die uncorrecte Conservirung des Präparates erlaubt mir nicht die Untersuchung vorzunehmen, aus welchen Nervenzellen der Rinde die ausgefallenen Fasern des gekreuzten Pyramidenbündels auswachsen. Die gebliebenen Ganglienzellengruppen, d. h. die vordere laterale und die centrale zeigen eine beträchtliche Verminderung an Zahl und eine Verkleinerung des Zellleibes, aber da sie doch vorhanden sind, so müssen sie offenbar in einer entfernten Beziehung zu der Musculatur der Extremitäten stehen. Vielleicht stellt das so stark entwickelte Bündel, das rechts in einer Entfernung von 2,0 vom Rückenmark liegt, eine Fortsetzung der longitudinal verlaufenden Fasern der Vorderseitenstränge dar. Also, vielleicht könnten wir ihn als aus atypischen Fasern bestehend auffassen (Fig. 5). Wir müssen nicht vergessen, dass die Hals- und Schultermusculatur vorhanden war, und allerdings ist es schwer anzunehmen, dass diese stark entwickelten Fasern eine Fortsetzung der fehlenden und zurückgebliebenen atrophischen Vorderhornzellen darstellen, wenn wir sogar das Gesetz von Gudden berücksichtigen, dass „nach einer Unterbrechung eines motorischen Nerven atrophirt unter sonst gleichen Bedingungen das centrale Stück in geringerem Grade, so nach Abtrennung des Plexus brachialis bleiben die motorischen Wurzeln relativ kräftiger als die sensiblen“ (15). Wenn wir sogar die Möglichkeit zulassen, dass die ausgefallenen Vorderhornzellen und damit die erste Bildung der Neuroblasten ev. Keimzellen des Vorderhorns und der motorischen Nerven, die, wie wir es auch aus den Forschungen von His kennen gelernt haben, zu den allerfrühesten Bildungen gehören, bei dem Foetus ursprünglich erfolgt war,

Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

und dass alle diese Producte erst später, nachdem die Extremitäten abgeschnürt waren, zu Grunde gingen, so wäre es ja unbegreiflich, wie solche mächtige Bündel ohne Ursprungskern und ohne Endkern existiren können. Eine solche Anschauung stände ja im grössten Widerspruch mit allen unseren pathologischen und experimentellen Beobachtungen.

In meinen früher publicirten Aufsätzen habe ich ganz besonders darauf hingewiesen, dass der Ausfall der Vorderhornzelle und das vollständige Fehlen wie die Volumenverkleinerung gewisser Rückenmarksbahnen vom Gehirn bedingt ist. Der vorliegende Fall zeigt uns, dass die fehlenden Extremitäten, wenn sie intrauterin beim Foetus amputirt werden, beim Vorhandensein des Gehirns das Gehirn im obengenannten Sinne vertreten, d. h. dass eine intrauterine Amputation der Extremitäten auch Veränderungen im Nervensysteme hervorruft, wie das mangelhaft entwickelte oder vollständig ausgefallene Gehirn.

Ich möchte diesen Satz noch etwas erweitern und die Vermuthung aussprechen, dass eine intrauterine Amputation der Extremitäten eine hemmende Wirkung auf das Gehirn selbst ausüben kann, eben in den Rindenpartien, die mit den Extremitäten im Zusammenhange stehen und das ist leicht begreiflich, denn die bilaterale Anophthalmie und Bulbusatrophie in den entsprechenden Rindenpartien ebenfalls Veränderungen hervorruft, so hat Edinger uns gezeigt, dass bei der angeborenen linksseitigen Amputation des Unterarmes rechts beide Centralwindungen ungleich schmäler waren als links (2). Die Verhältnisse liegen hier nicht anders, als nach Durchtrennung des Ischiadicus oder der Augenmuskelnerven bei neugeborenen Thieren. Denn „einen Nerven durchschneiden heisst ebensoviel, als das Organ vernichten, welchem er angehört". Was die Gudden'sche Schule künstlich erzeugt, ist im Falle von Amputatio spontanea von der Natur selbst hervorgebracht.

Ich möchte jetzt den Satz, mit dem ich meine Befunde im „Fall von Cyklopie" (13) geschlossen habe: dass, wenn gewisse Fasersysteme einen Ursprungskern haben, aber im Besitze eines Endkerns nicht stehen, bezw. wenn der letzte mangelhaft entwickelt ist, so können solche Fasersysteme zwar angelegt sein, ja, sogar bis zu einem gewissen Grade, sich entwickeln, aber niemals normal erscheinen können (Fälle von Anencephalie, Amyelie, Cyklopie), in folgender Weise weiter entwickeln: wenn ein Ursprungskern (Zellencomplex) von gewissen Fasern nicht im Besitze eines Endkerns steht, so entwickelt er sich nicht, bezw. wenn der Endkern mangelhaft

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entwickelt ist, so unterliegt der Ursprungskern einer mangelhaften Entwickelung. Aber das gilt nur für centrale Kerne (intramedulläre), für Zellencomplexe im Sinne von His. Die periperischen (extramedulläre) verhalten sich anders: die Spinalganglien und die sensiblen Ursprungskerne entwickeln sich bei der vernichteten Medullarplatte (Fälle von Amyelie). Die motorischen Ursprungskerne verhalten sich ebenso; wie gesagt, bei Anophthalmie und Bulbusatrophie waren sie entwickelt, weil ihre Endkerne, die Muskeln, vorhanden waren.

Der vorliegende Fall ist die erste Beobachtung des Zugrundegehens der Spinalganglien nach Amputation der Extremitäten beim Menschen. Im Lumbaltheile ausser den zwei krankhaft veränderten Ganglien sind die übrigen spurlos verschwunden und mikroskopisch garnicht nachzuweisen. Im Halstheile sind sie auf dem Wege zu Grunde zu gehen, aber einige von ihnen sind schon zu Grunde gegangen. In der Literatur findet sich nur eine Beobachtung des gleichen Falles: der bekannte Fall Gudden-Vejas, wo nach Durchschneidung der Faser zwischen Peripherie und Ganglion das Ganglion zu Grunde gegangen ist, eine experimentelle Untersuchung, die im Jahre 1883 veröffentlicht wurde. Die Veränderungen in den Spinalganglien nach Amputation der Extremitäten sind, wie es scheint, zum ersten Male von Homén beobachtet, die wenigstens zum Theil den Charakter einer Bestätigung der Befunde Vejas für sich in Anspruch nehmen dürften. So schreibt Homén (8): ... makroskopisch kann man schon eine auffallende Verkleinerung derselben constatiren, wenn man sie mit denen der gesunden Seite vergleicht; besonders ausgesprochen ist dies bei denen, die etwa der Mitte der Amputationsregion entsprechen, so z. B. nach Amputation des Vorderbeines, die der sechsten Cervical- bis ersten Dorsalnerven, wo das Spinalganglion nach ganz approximativer Schätzung kaum zwei Drittel der entsprechenden Ganglien der gesunden Seite beträgt „.... Besonders in den Querschnitten kann man auch, abgesehen von der Volumenabnahme, im Ganzen eine deutliche Differenz der beiden Seiten constatiren, die in dem peripheren mehr als in dem centralen Theil des Ganglions ausgeprägt zu sein scheint. Die Veränderung besteht hauptsächlich darin, dass man z. B. im Weigert'schen Hämatoxylinpräparat ausser einer relativ grossen Anzahl feiner, normal gefärbter Nervenfasern eine Anzahl findet, wo die Myelinscheide nicht die normale schwarze Farbe angenommen hat, sondern gelblich, wie die Axencylinder, ist; meistens, wenn auch nicht immer, sind doch auch in diesen Fasern die verschiedenen Theile des

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nervenquerschnittes zu erkennen, einzelne sind aber auch ganz zerfallen. . . . Ueber den Zustand der Zellen ist es schwer sich ein ganz entschiedenes Urtheil zu bilden, doch schien es mir, als wären, wenigstens theilweise, die Zellen der atrophirten Seite etwas kleiner und atrophisch im Vergleich mit der anderen Seite. Des Kernreichthums wegen ist es schwer über etwaige kleine Differenzen mit Sicherheit zu entscheiden".

Die vorliegende mikroskopische Prüfung hat uns ergeben, dass die quergestreifte Musculatur frei von pathologischen Veränderungen war. Wenn wir ein solches Vorderhorn, wie wir es bei Amelia gesehen haben, beim Erwachsenen gefunden hätten, so hätte das zu einer starken Erkrankung der Muskeln geführt. In meinen früher publicirten Aufsätzen habe ich histologisch nachgewiesen, dass bei totaler Anencephalie, wie auch bei totaler Amyelie die quergestreifte Musculatur des Körpers sich normal entwickeln kann — eine sehr beachtenswerthe Thatsache, die bisher von Niemand ausser Gebrüdern Weber und Alexandrini genug gewürdigt war. Ich habe die Weber'sche Arbeit schon in meinem ersten Falle von totaler Amyelie erwähnt und in der russischen Ausgabe (Archiv von Mergejewsky im Jahre 1893, Bd. X), die wichtigsten Punkte seiner Beobachtung hervorgehoben, weil diese Ausgabe zensurfrei erschien und ich konnte darüber mein Bedenken nach Belieben äussern. Neuerdings hat diese wichtige und höchst interessante Thatsache vom embryologischen, wie auch vom klinisch pathologischen Gesichtspunkte aus ein lebhaftes Interesse erweckt, eben inwiefern die Bildung der quergestreiften Musculatur des Körpers vom Nervensystem abhängig, bezw. beeinflusst wird. Ich werde hier nicht näher in diese Discussion eintreten, um den thatsächlichen Boden nicht zu verlassen und in die Sphäre der „unsicheren Vermuthungen und Widersprüche" zu gerathen. An diese höchst interessante Discussion, die von E. Neumann (16) angeregt wurde, werde ich mich in meinem künftigen Aufsatze anschliessen. An dieser Stelle möchte ich nur betonen, dass ich in manchen Punkten mit Neumann's Auffassung vollständig übereinstimme, in anderen aber nicht, weil sie mit unseren neueren Thatsachen schwer zu vereinigen sind.

Der vorliegende Fall könnte uns einen schönen Anlass dazu geben, um die Frage nach der Bildung der Nn. splanchnici im Sinne von Gaskell (5) zu fördern, aber, wie gesagt, die weitere Section des Präparates wurde untersagt.

In meinem letzten Aufsatze über „Ein Fall von Cyklopie" habe ich die Vermuthung ausgesprochen, dass solche von mir beschriebene Verlagerungen der nervösen Substanz nebst Spalt- und Höhlenbildungen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Lumbaltheile des Rückenmarks durch starken, abnormen Druck von Seiten der angesammelten cerebrospinalen Flüssigkeit entstanden sein konnten. Im vorliegenden Falle haben wir ein Bild eines mehrfachen Centralcanals im unteren Lumbaltheile und in der Sacralgegend. Dabei möchte ich nur die neueren experimentellen Untersuchungen von Luksch (14) erwähnen. Derselbe hat bereits gezeigt, dass durch Druck eines Deckglases, der in einem sehr frühen Stadium auf die Keimscheibe bei Entenembryonen ausgeübt wird, es gelingt, künstliche Defectbildungen zu erzeugen. Ihm ist es auch gelungen, ein Bild experimentell hervorzurufen, das als Canalis neurentericus aufgefasst werden konnte[1]).

Der Entstehungsmodus von solchen Missbildungen ist noch wenig festgestellt. Von einigen Forschern wird die Ansicht vertreten, dass solche Missbildungen von Extremitäten ihre Entstehung einer intrauterinen Amputation durch Abschnürung von Amnionfäden verdanken, und wir wissen, dass solche Fälle auch in den gynäkologischen Gesellschaften (17) demonstrirt werden. Der gegenwärtige Fall könnte diese Anschauung noch etwas bekräftigen. Die Abbildung hat uns trefflich demonstrirt, dass es sehr möglich ist, dass diese Amputation der Extremitäten durch Amnionfäden vielleicht neben anderen schädlichen Momenten erzeugt ist; dass sie fötal entstanden war, ist selbstverständlich und unterliegt keinem Zweifel.

Vor Kurzem hat Barwell eine Missbildung beschrieben: „A case of congenital limb deficiency and redundancy“ (1). Er führt ihn als Beweis für seine Meinung, dass dergleichen Missbildungen nur auf Entwickelungshemmung, nicht auf fötale Abschnürungen zurückgeführt werden können. Er bringt das Zustandekommen derselben mit dem Einfluss des Nervensystems in Zusammenhang, d. h. wenn ich Barwell nur richtig verstehe, so meint er, dass die Missbildungen der Extremitäten zwar fötal nicht durch Abschnürungen von Amnionfäden, sondern von Seiten des Nervensystems hervorgerufen werden. Ich

1) Herr College Luksch hatte die Freundlichkeit, mir seine interessante Abhandlung zu übersenden. Da die Sendung nach „Zürich“ adressirt wurde, so habe ich sie selbstverständlich nicht erhalten. Nicht selten war auch früher schon Anfragen u. s. w. für mich eingegangen, von denen ich erst später erfuhr, und die alle an eine phantastische Adresse gerichtet waren. Mein tiefes Schweigen darf man nicht so erklären, dass ich die Anfragen nicht beantworten wollte, sondern so, dass ich sie nicht beantworten konnte, weil ich mit der Adresse des Absenders nicht vertraut war. Wenn Ehrlichkeit und Gewissen zu der menschlichen Tugend gehörten, so hätte ich immer das gehabt, was mir angehörte.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

halte diese Ansicht von Barwell unter aller Kritik, denn sie steht im vollständigen Widerspruch mit allen unseren früheren Beobachtungen und beweist nur, wie wenig Barwell mit der Literatur der Missbildung vertraut ist. Zwar bin ich nicht der Meinung, dass das Abschnüren durch Amnionfäden der einzige Entstehungsmodus von intrauterinen Amputationen der Extremitäten ist. Im Gegentheil, ich denke, dass, wie bei den verschiedensten Missbildungen, so giebt es auch im gegenwärtigen Falle allerverschiedenste schädliche Momente und allerverschiedenste Processe, die als Folge solche Missbildungen erzeugen, und die wir vielleicht noch gar nicht beherrschen; dass das Abschnüren durch Amnionfäden zu jenen schädlichen Processen gehört, ist unzweifelhaft und steht ganz fest. Allerdings ist die Pathogenese der fötalen Amputationen der Extremitäten für die Neuropathologie so ziemlich eine Nebensache, die Hauptsache oder der ganze Schwerpunkt liegt darin, dass eine solche Missbildung entstanden und was sie für eine Wirkung auf das Nervensystem ausübt.

Es möge mir gestattet sein, noch einen wichtigen Punkt hervorzuheben, um mit ihm meinen Aufsatz zu schliessen. Die überaus zahlreiche Literatur über die Amputation der Extremitäten beim Menschen und auch bei den Thieren hat uns gezeigt, dass es kaum zwei Forscher giebt, die bei den sozusagen gleichen Fällen zu demselben Resultate gekommen wären. Der überraschende Befund in einem von mir neulich untersuchten Falle von Microphtholmia bilateralis congenita gab mir Anlass, über die verschiedenen Resultate bei gleichen Fällen und über die principiell gleichen Resultate bei verschiedenen Fällen auf der letzten Wanderversammlung für Psychiatrie und Neurologie zu Wien (6. October 1906) mich auszusprechen. Von dem gleich erwähnten Falle ist hier eigentlich kein Ort zu sprechen, ihm wird mein nächster Aufsatz, wenn mir nur eine Möglichkeit gegeben wird, bei den unmenschlichen Umständen, unter welchen meine wissenschaftliche Thätigkeit verläuft, gewidmet. An dieser Stelle möchte ich nur kurz hervorheben, dass der überaus lehrreiche Fall ergiebt, dass bei den Missbildungen die ganze Hauptsache darin besteht, wann das Organ, das eine hemmende Wirkung auf das Nervensystem ausübt, ausfällt; also nicht nur, dass das Organ ausfallen muss, sondern die Zeit des Ausfalls ist der entscheidende Moment zur Erzeugung einer Missbildung im Nervensystem. Deshalb bekommen wir auch zuweilen verschiedene Resultate bei gleichen Fällen und principiell gleiche Resultate bei verschiedenen Fällen von Missbildung. Die früher von mir untersuchten Fälle von

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mikrophthalmie mit dem eben genannten Fall ergeben uns, dass der Ausfall der betreffenden Theile, die mit dem Sehorgan im Zusammenhange stehen, zufolge ihrer Entwickelung vor sich geht. Je nachdem, wann das Organ, das eine hemmende Wirkung auf das Nervensystem ausübt, zu Grunde geht, fällt entweder das eine oder das andere Gewebe aus. Wenn das Organ vor der Entwickelung eines Gewebes vernichtet wird, so entwickelt sich das Gewebe gar nicht. Wenn aber das Organ ausfällt, wenn ein Gewebe im Begriffe ist sich zu entwickeln oder sich schon entwickelthat, so entwickeln sich entweder die Elemente des Gewebes nicht oder sie atrophiren und werden resorbirt, aber der Ausfall ist nicht so rein, so vollständig, wie im ersten Falle, denn er lässt sehr viele Reste nach sich. Der vorliegende Fall von Amelia musste in sehr frühen Stadien des Foetallebens durchsteführt gewesen sein, deshalb ist er so rein, so vollkommen, z. B. die hintere laterale Ganglienzellengruppe und das gekreuzte Pyramidenbündel sind garnicht mikroskopisch nachzuweisen. Die eben dargelegte Auffassung geht in voller Uebereinstimmung mit den Ergebnissen der Entwicklungsgeschichte, so schreibt His in seiner letzten Abhandlung (7): „Das eine ist sicher, dass die Neuroblasten durchweg eine spätere Bildung sind. Wie im Rückenmark, so wird auch in der mehr denn einen Monat später sich ausbildenden Hemisphärenwand das Markgerüst angelegt, bevor Nervenzellen und Nervenfasern auftreten. Und zwar wird das Gerüst sofort mit Einzelneinrichtungen ausgestattet, die für das Zustandekommen der nachfolgenden Organisation von durchgreifender Bedeutung sind.“ Und ich denke, dass, wenn auch die Zeit des Ausfalls oder der Ausfallsmoment keine so entscheidende Bedeutung bei den erworbenen, wie bei den angeborenen pathologischen Fällen sich zueignen darf, meine ich doch, dass auch ihm bei den erworbenen Fällen neben den schon oben (s. S. 1219) dargelegten Momenten, eine hervorragende Rolle zukommt. Die verschiedenen Resultate, zu welchen diese Forscher gekommen sind, müssen wir nicht so erklären, dass alle diese Forscher sich irren, im Gegentheil, ich denke, dass alle diese Forscher recht haben können und, dass jene Differenz die Folge ist der Verschiedenheit der Zeit des Ausfalls neben den oben hervorgehobenen Momenten. Der vorliegende Fall hat uns ergeben, was für einen Einfluss die nicht vollständig amputirten Theile sogar beim angeborenen Fall ausüben können: die linksseitige warzenförmige Hervorragung an Schulter und Hüfte haben in der Lumbalschwellung in der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gegend, die dem Seitenhorn beim Normalen entsprechen könnte, auf zwei Schnitten 3 bis 7 Ganglienzellen erzeugt. Die grössere Verminderung an Zahl der Ganglienzellen auf der rechten Seite, ebenfalls ist auf dieselbe Ursache zurückzuführen.

Ich möchte jetzt meinen Aufsatz in Memoriam an Wilhelm His, in Erinnerung an den grossen Naturforscher, dem wir so manches verdanken, mit seinen Worten (die ich vollständig theile), schliessen: „Nach meinem Dafürhalten ist es ein dringendes Bedürfniss, dass an einer grösseren gynäkologischen Anstalt systematische Messungen[1]) aller Frühgeburten vorgenommen und zu den Daten der Anamnese in Beziehung gebracht werden."

Citirte Literatur.

1. Barwell, A case of congenital limb deficiency and redundancy; Transactions of the Pathological Society of London. Vol. 50. p. 319.
2. Edinger, Rückenmark und Gehirn in einem Falle von angeborenem Mangel eines Vorderarms. Virchow's Archiv. Bd. 89. S. 46.
3. Forel, Einige hirnanatomische Betrachtungen und Ergebnisse. Archiv für Psychiatrie. Bd. XVIII. S. 162.
4. Forel, Ueber das Verhältniss der experimentellen Atrophie und Degenerationsmethode zur Anatomie und Histologie des Centralnervensystems. Festschr. 1891.
5. Gaskell, On the structure, distribution and function of the nerves, which innervate the visceral and vascular systems. Journal of Physiology. Vol. VII. p. 1.
6. Gaskell, On the relations between the function, structure, origin and distribution of the nerve-fibres, which compose the spinal and cranial nerves. Medico-Chirurgical Transactions. Vol. LXXI. p. 363.
7. His, Die Entwicklung des menschlichen Gehirns während der ersten Monate. 1904.
8. Homén, Veränderungen des Nervensystems nach Amputationen. Ziegler's Beiträge. Bd. VIII. S. 304.
9. v. Leonowa, Ein Fall von Anencephalie. Archiv für Anat. und Phys. 1890. S. 403.
10. v. Leonowa, Zur pathogischen Entwicklung des Centralnervensystems. Neurologisches Centralblatt. 1893. No. 7 u. 8. (Erster Fall von tot. Amyelie).
11. v. Leonowa, Die Sinnesorgane und Ganglien bei Anencephalie und Amyelie. (Zweiter Fall von tot. Amyelie.) Verhandlungen der Gesellsch.

1) bezw. Prüfung des Alters des Embryo.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deutscher Naturforscher und Aerzte. 1894. 2. Hälfte. S. 176. Neurolog. Centralbl. Bd. 13.
12. v. Leonowa, Ueber das Verhalten der Neuroblasten. Archiv f. Anat. und Phys. 1893.
13. v. Leonowa, Zur pathologischen Entwicklung des Centralnervensystems. Ein Fall von Cyklopie. Archiv f. Psych. Bd. 38. S. 863.
14. Lucksch, Ueber experimentelle Erzeugung von Myeloschisis. Zeitschr. f. Heilkunde. 1904.
15. Mayser, Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Baues des Kaninchen-Rückenmarks. Archiv f. Psych. Bd. VII. S. 539.
16. Neumann, Einige Bemerkungen über die Beziehungen der Nerven und Muskeln zu den Centralorganen beim Embryo. Archiv f. Entwicklungs-Mech. Bd. XIII. 1901. Bd. XVI. 1903.
17. Centralblatt f. Gynäkologie. 1897. S. 114 und Monatsschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie. Bd. 6. 1897. S. 116.

Erklärung der Abbildungen (Taf. X und XI).

Fig. 1. Abbildung des Kindes mit Amputatio spontanea.

Fig. 2. Querschnitt durch die Lendenschwellung (Vergleichungsobject). Vergrösserung = 12. k = Substantia spongiosa. e = das mediale innere Bündel der hinteren Wurzel durch grobe Fasern ausgezeichnet. g = der laterale Theil desselben. f = aufsteigende Colonnen Clarke's. j = das äussere Bündel der hinteren Wurzel durch feine Fasern ausgezeichnet. h = lateraler und medialer Theil der Randzone Lissauer's. i = Einschnitte Lissauer's. m = mediale, al = vordere laterale, c = centrale, lp = hintere laterale Ganglienzellengruppen.

Fig. 3. Querschnitt durch die Halsschwellung (Vergleichungsobject, Vergrösserung = 10). Die Buchstaben wie auf Fig. 2.

Fig. 4. Lumbalschwellung (pathologisch); transversale Vergrösserung = 24. Nähere Erklärungen im Text.

Fig. 5. Halsschwellung (pathologisch); transversale Vergrösserung = 28. Nähere Erklärungen im Text.

Fig. 6. Vorderhornzellen der Lumbalschwellung, Fig. 4; Hartnack, Syst. 4, Oc. 2, Tuba ausgezogen, etwas vergrössert.

Taf. XI. Fig. 7. Vorderhornzellen der Halsschwellung, Fig. 5; Hartnack, Syst. 4, Oc. 2, Tuba ausgezogen, etwas vergrössert.

Fig. 8. Stellt die Verhältnisse zwischen den genannten Geweben dar. A = das Ganglion, das im Begriffe ist zu Grunde zu gehen. B = die Ganglien, die zu Grunde gegangen sind. c = stark ausgedehnte Gefässe. d = ausgewanderte Blutkörperchen. e = gequollene Nervenfasern. f = Capillare. g = Fettpolster. h = Wirbel. i = Rippe.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fig. 9. Das Ganglion A bei Vergrösserung Hartnack, Syst. 4, Oc. 2, Tuba ausgezogen. g = Ganglienzellen. c = stark ausgedehnte Gefässe, die das Ganglion umhüllen. d = ausgewanderte Blutkörperchen. e = gequollene Nervenfasern. e^1 = Fasern, die aus dem Ganglion herauszukommen scheinen. f = Capillare.

Fig. 10. Das Ganglion B. Infiltration von verschiedenen kleinzelligen Elementen, wie Körner, Leukocyten, Blutkörperchen, mit zerstreuten Capillaren und erweiterten Gefässen. c = stark ausgedehnte Gefässe, die das Ganglion umhüllen. e = gequollene Nervenfasern. k = Körner.

Fig. 11. Quergestreifte Muskeln; man sieht gequollene Nervenfasern, welche in die Muskelsubstanz eintreten.

Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XXXIII.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).

Zwangsvorstellungen und Zwangsantriebe vor dem Strafrichter.

Von

Prof. **Raecke,**

Privatdocent und Oberarzt der Klinik.

In der forensischen Psychiatrie der Franzosen spielen die Zwangsvorgänge (obsessions) eine wichtige Rolle. Namentlich sind auf diesem Gebiete die Arbeiten von Magnan[1]) grundlegend gewesen. Doch fehlt im Allgemeinen eine strenge Scheidung der echten Zwangsvorstellungen vom impulsiven Irresein. In Deutschland dagegen, wo auf diese Trennung mehr Gewicht gelegt wird, steht die Mehrzahl der Autoren auf dem Standpunkte, dass zwar die echten Zwangsvorstellungen häufig auf eine verbrecherische Handlung gerichtet sind, dass sie aber schliesslich nur höchst selten zu Konflikten mit dem Strafgesetze führen. Kommt es wirklich einmal zur Begehung der betreffenden That, dann lassen sich, wie Siemerling[2]) hervorhebt, meist neben den Zwangsvorstellungen noch weitere ausgesprochene psychische Störungen nachweisen, wie Melancholie, Paranoia, hysterische Psychosen.

Auch Hoche[3]), welcher für alle mit motorischen Impulsen verbundenen Zwangsvorstellungen die Bezeichnung Zwangsantriebe bevorzugt, warnt davor, jede plötzliche That, weil sie verständlicher Motive zu ermangeln scheint, zu den Zwangshandlungen zu rechnen. Hoche

1) Vergl. Magnan, Psychiatrische Vorlesungen. Deutsch von Möbius. Heft IV und V.

2) Siemerling, Streitige geistige Krankheit. Casper-Liman's Handb d. gerichtl. Med. 9. Aufl. (Schmidtmann.) III. Band. 1906. S. 662.

3) Hoche, Handb. d. gerichtl. Psych. 1901. S. 510.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verlangt hierzu vielmehr, fussend auf C. Westphal's[1]) alter Definition der Zwangsvorstellungen, dass zwangsmässig Antriebe zu bestimmten Handlungen auftauchen, die als fremdartig und krankhaft erkannt werden, sich dem Bewusstsein mit Macht aufdrängen, den Vorstellungsablauf durchkreuzen und zu lebhaften Angstaffecten führen, wenn ihnen nicht nachgegeben wird. Da indessen in solchen Fällen das Urtheil ungestört, das ethische Gefühl nicht abgestumpft sei, so werde der abnorme Trieb in der Regel, wenn auch unter Angstempfindungen, schliesslich unterdrückt. Wo dagegen Zwangsantriebe zu verbrecherischem Thun führten, da handle es sich fast stets entweder um richtige Psychosen oder um intellektuelle Minderwerthigkeit, oder es fänden sich sonst starke psychische Zeichen der Entartung.

v. Krafft-Ebing[2]), dessen Auffassung der Zwangsvorgänge sich nicht in allen Punkten mit derjenigen C. Westphal's deckte[3]), unterschied zwischen Zwangsvorstellungen bei Melancholie und bei Neurasthenie und erklärte es für eine forensisch wichtige Thatsache, dass trotz der Häufigkeit homicider Impulse bisher in keinem innerhalb des Rahmens der Neurasthenie gebliebenen Falle aus dem Zwangsvorstellen ein Zwangshandeln geworden sei. Allerdings existirten fliessende Uebergänge zur Melancholie. In dieser Ungefährlichkeit der reinen Zwangsvorstellungen glaubte Kaan[4]) sogar überhaupt ein charakteristisches Unterscheidungsmerkmal gegen das impulse Irresein zu erblicken. Indessen hat Jastrowitz[5]) bereits 1884 eine Beobachtung veröffentlicht, in der es sich um Diebstahl in Folge von Zwangsvorstellungen sexueller Färbung bei Neurasthenie handelte.

Gerade in Verbindung mit sexueller Erregung treten, wie in der

1) C. Westphal, Ueber Zwangsvorstellungen. Berl. klin. Wochenschr. 1877. No. 46.

2) v. Krafft-Ebing, Gerichtliche Psychopathologie. 1900. 3. Aufl.

3) Vergl. Bumke, Was sind Zwangsvorgänge? Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh. Bd. VI. 1906.

4) Kaan, Der neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang. Jahrb. f. Psych. 11. S. 149.

5) Jastrowitz, Ueber einen Fall von Zwangsvorstellung in foro, nebst einigen Bemerkungen über Zwangsvorstellungen. Neurol. Centralbl. 3. S. 300 u. Deutsche med. Wochenschr. 1884. No. 31 u. 32. — Uebrigens traten hier später in exquisiter Weise die wollüstigen Empfindungen in den Vordergrund, sodass der Begriff der reinen Zwangsvorstellung nicht mehr aufrecht erhalten werden konnte. Siemerling, Casuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. Festschr. d. Prov.-Irrenanstalt. Nietleben. 1896.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Discussion zu jenem Vortrag von Jastrowitz C. Westphal[1]) bemerkte, Zwangsvorstellungen auf. Sie scheinen sich dann besonders leicht in Handlungen umzusetzen. Natürlich muss man, wie Warda[2]) mit Recht verlangt, sich davor hüten, den Antrieb eines perversen Sexualaffects an sich schon zu den Zwangsvorstellungen zu zählen. Immer müssen die Merkmale dieser im Sinne von C. Westphal und Hoche zu constatiren sein.

Nach Cramer[3]) tritt besonders der Exhibitionismus als Zwangshandlung auf. In Anlehnung an Magnan schildert dieser Autor den verzweifelten Kampf der Kranken mit den von ihnen als abnorm und fremdartig empfundenen Zwangsgedanken, ihre heftige Angst mit Schweissausbruch und Zittern, ihr endliches Unterliegen, worauf sofort, wie mit einem Zauberschlage, Angst, Beklemmung und Unruhe dem Gefühl der Erleicherung weichen.

Seiffer[4]) hat unter den 86 Exhibitionisten seiner Literaturübersicht 7 Entartete mit sicheren Zwangsvorstellungen zusammengebracht, ferner einen Neurastheniker, bei dem sich zu seinen nervösen Beschwerden ein Zwang mit unangenehmen körperlichen Empfindungen hinzugesellt hatte. Seitdem hat noch Fritsch[5]) in seiner Arbeit über die Exhibitionisten vor dem Strafrichter einen Fall (No. 6) veröffentlicht, in welchem „Zwangshandlungen zur Zeit des Delictes im Sinne eines unwiderstehlichen Zwanges durchaus glaubwürdig" erschienen. Zweifelhafter ist sein Fall No. 11.

Löwenfeld[6]) bietet zwar in seiner Monographie über die psychischen Zwangserscheinungen eine eingehende Besprechung aller möglichen criminellen Beziehungen der Zwangsvorstellungen, holt sich jedoch seine Beispiele fast ganz aus der französischen Literatur. Von deutschen Autoren hat endlich ganz kürzlich Mercklin[7]), eine sehr interessante Beobachtung über Sittlichkeitsvergehen in Folge von echten Zwangsvorstellungen bei einem neurasthenischen Lehrer gebracht und auf die grosse Dürftigkeit unserer Casuistik hingewiesen. Unter diesen Um-

---

1) Neurol. Centralbl. 3. S. 301.

2) Warda, Zur Geschichte und Kritik der sogenannten psychischen Zwangszustände. Arch. f. Psych. 39.

3) Cramer, Gerichtliche Psychiatrie. 1903.

4) Seiffer, Ueber Exhibitionismus. Arch. f. Psych. 31. S. 405.

5) Fritsch, Ueber Exhibitionismus. Jahrb. f. Psych. 22. S. 492.

6) Löwenfeld, Die psychischen Zwangserscheinungen. 1904.

7) Mercklin, Sittlichkeitsvergehen, Zwangsvorstellungen. Aerztl. Sachverständ.-Ztg. 1906. XII. No. 23.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ständen dürfte sich die nachstehende Mittheilung zweier einschlägiger Fälle aus der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik rechtfertigen. Die auf Ersuchen des Gerichts erstatteten Gutachten sind abgesehen von geringen Aenderungen in extenso wiedergegeben.

Fall I.

35jähr. Beamter. Belastet. Psychopath. Auf dem Boden von Onanie und Alkoholismus Auftreten exhibitionistischer Neigungen, die aber Anfangs im nüchternen Zustande unterdrückt werden können. Seit zwei Jahren Phthise und neurasthenische Beschwerden. Entwickelung ausgesprochener Zwangsvorstellungen in exhibitionistischer Richtung, denen er wiederholt erliegt. Angezeigt. Einstellung des gerichtlichen Verfahrens auf Grund des § 51 Str.-G.-B.

Vorgeschichte.

Der 35 Jahre alte X. ist beschuldigt, in einer Reihe von Fällen im Juni und Juli d. J. dadurch öffentliches Aergerniss gegeben zu haben, dass er auf seinem Balkon oder am Fenster vor den Augen weiblicher Personen der Nachbarschaft seine Geschlechtstheile entblösste und an seinem Gliede rieb, wobei er durch allerlei Gesticulationen ihre Aufmerksamkeit zu erregen suchte.

X. ist bisher nicht vorbestraft und hat sich nach Aussage seiner Vorgesetzten stets tadellos geführt. Bei seiner ersten Vernehmung suchte er die Sache so darzustellen, als ob er nur beim Anblick der Mädchen, um sich ein Wollustgefühl zu verschaffen, nach dem Glied gegriffen habe, ohne zu ahnen, dass die Mädchen das bemerken würden. Absichtlich entblösst habe er sich nicht.

Später gab er angesichts der belastenden Zeugenaussagen die Richtigkeit der Beschuldigungen in der Hauptsache zu, behauptete aber, die Handlungen in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit begangen zu haben, und bat, einer Irrenanstalt zur Beobachtung überwiesen zu werden. Uebrigens habe er bei der That nicht onanirt, sondern nur an seine Geschlechtstheile hingefasst.

In einem Schriftsatze seiner Rechtsanwälte wird ausgeführt, X. habe vom 13.—20. Jahre onanirt. Dann habe er Geschlechtsverkehr mit Prostituirten aufgenommen. Durch übertriebenen Alkoholgenuss sei sein Nervensystem derart erschüttert worden, dass Schlaflosigkeit eintrat. Nachts stand er plötzlich auf, lief in Folge eines unwiderstehlichen Triebes in abgelegene Gärten und entkleidete sich völlig. Dabei erregte ihm der Gedanke, überrascht zu werden, ein angenehm prickelndes Gefühl. So lief er einige 100 Schritt von seinen Kleidungsstücken fort, dann in plötzlich aufsteigender Angst zurück. Gerade kalter, schneidender Wind und Schnee waren ihm besonders angenehm. Dann begann er Morgens früh, wenn die Mädchen die Brödchen austrugen, sich von ihnen in Hausthüren in einer Stellung überraschen zu lassen, als wollte er austreten. Zuerst habe er das wohl in stark angetrunkenem Zustande

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gethan, später habe er auch nüchtern daran Gefallen gefunden. Erst in letzter Zeit habe sich daraus der jetzige Zustand entwickelt.

Fast den ganzen Tag, wenn er nicht beruflich beschäftigt sei, gebe er sich mit dem Gedanken ab, wie er durch Entblössen der Geschlechtstheile die Neugierde von Mädchen erregen könne. Stundenlang gehe er umher, um eine passende Gelegenheit zu finden, wobei seine Phantasie immer stärker arbeite. Beim Anblick einer hellgekleideten Gestalt befalle ihn ein hartes Klopfen des Herzens bis in den Hals hinauf, und es bemächtige sich seiner eine unbeschreibliche Aufregung, so dass oft die Kniee schlotterten. Sein Ziel sei stets, Neugierde zu erregen, nicht, Selbstbefriedigung zu treiben; nur in den seltensten Fällen werde er von dieser überrascht. Der Beginn seiner Unzurechnungsfähigkeit falle in den Moment, wo er das betreffende Mädchen erblicke. Es könnten gelegentlich auch ältere Frauen oder Kinder sein. Sein normaler Geschlechtsverkehr sei unregelmässig. Durch die ewig in ihm lebende Sucht werde jede Lust zu irgend welchem Studium unterdrückt. Seine viele freie Zeit halte er für einen Hauptgrund des Lasters. Seit den letzten zwei Jahren besonders mache sich die Steigerung seiner unnatürlichen Empfindung bemerkbar. Er führe die Entstehung seiner sexuell-geistigen Unnatürlichkeit auf den früheren übermässigen Alkoholgenuss zurück. Auch glaube er, erblich belastet zu sein.

Das Gericht beschloss, den Angeklagten auf seinen Geisteszustand beobachten zu lassen. Auf diesseitigen Antrag fanden noch folgende Erhebungen statt:

Der Zeuge B. gab an, er habe mit dem Beschuldigten früher täglich verkehrt. X. habe das Trinken schlecht vertragen. Er stand anscheinend geistig nicht ganz auf der Höhe, war zerstreut, zerfahren und hiess allgemein „die schusselige Saatkrähe".

Aehnlich äusserte sich der Zeuge K.: X. sei oft und leicht betrunken gewesen. Aber auch in nüchternem Zustande habe er sich aufgeregt und exaltirt benommen, bei der Arbeit flüchtig und zerfahren gezeigt. Mitunter habe er wunderbare Ideen entwickelt, zeitweise sei er ganz in sich versunken gewesen. Man nannte ihn auch den „verrückten X."

Zeuge Q., der noch bis in die neueste Zeit hinein mit dem Beschuldigten verkehrt hat, entsinnt sich, dass derselbe Abends nach dem Trinken sich oft übergeben musste. X. galt als etwas anormal, war flüchtig und sprunghaft in seinem Denken, konnte sich auf thörichte Dinge verbeissen, verfocht stundenlang seine Ansicht und liess sich nicht überzeugen. Sein Examen bestand er erst beim dritten Male.

Endlich ist dem Zeugen Sch. aufgefallen, dass der Beschuldigte sich meist abseits hielt und sich nicht an gemeinsamen Ausflügen betheiligte. Zeuge habe ihn nach Alkoholgenuss neben seinem Stuhle liegen sehen. X. habe nur wenig vertragen können und sei in geistiger Beziehung von jeher wirr, flatterhaft und wenig gesammelt gewesen, habe an Zeugen auch zur Verlobung einen ganz überspannten Brief geschrieben. Es habe sich wohl um eine nervöse Anlage gehandelt. Der Beschuldigte ist dem Zeugen als das Gegenstück zu einer hysterischen Frau erschienen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus den Personalakten ergab sich, dass X., der sich früher immer bescheiden und taktvoll benommen hatte, seit zwei Jahren durch steigende Reizbarkeit unangenehm aufgefallen war. Es hatten sich ferner Unklarheiten in seinen Verwaltungsarbeiten und Mangel an Uebersicht bemerkbar gemacht. Die Bewältigung seiner Arbeit fiel ihm schwer. Er erweckte allgemein einen nervösen Eindruck. Der Arzt, an den er sich vor zwei Jahren gewandt hatte, constatirte eine bereits beginnende Lungenschwindsucht und „Nervosität". Trotz geeigneter Behandlung machte dann das Lungenleiden immer weitere Fortschritte und griff auch auf den Kehlkopf über. Auch die Nervosität hatte dauernd zugenommen.

Eigene Beobachtung.

X. befand sich sechs Wochen zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand in der hiesigen Klinik.

Die körperliche Untersuchung ergab bei ihm folgenden Befund.

35 Jahre alter, schwächlich gebauter, blasser, mässig genährter Mensch. Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Sehlöcher mittelweit, gleich, rund, verengern sich gut bei Belichtung und Einwärtssehen. Augenbewegungen frei. Bindehäute leicht geröthet, Augenhintergrund ohne Besonderheiten. Gesicht gleichmässig bewegt. Sprache heiser, nicht gestört. Zunge gerade, zittert, leicht belegt. Rachen geröthet. Gaumenbögen gut gehoben. Rachenreflex lebhaft. Hände zittern. Händedruck mittelkräftig. Sehnenreflexe der Arme lebhaft. Mechanische Muskelerregbarkeit wenig erhöht. Vasomotorisches Nachröthen. Kniescheibensehnenreflexe lebhaft, desgleichen Achillessehnenreflexe. Kein Fusszittern. Zehenreflexe nicht auszulösen; die übrigen Hautreflexe erhalten. Gang sicher. Bei Fuss- und Augenschluss nur leichtes Zittern der Augenlider, kein Schwanken. Tast- und Schmerzempfindung nirgends gestört. Keine Druckpunkte.

Puls 80, nicht ganz regelmässig. Schläfenschlagadern geschlängelt. Herztöne rein. Ueber der ganzen rechten Lunge Abschwächung des Klopfschalls bei vereinzelten Rasselgeräuschen. Der Auswurf enthält spärliche Tuberkelbacillen. Auf der hinteren Kehlkopfwand sehr starke Geschwürbildung, welche auf beide Stimmbänder übergreift. Leib weich, nicht druckempfindlich. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

X. war bei seiner Aufnahme geordnet, aber unruhig, hastig, sprach sehr viel. Er erzählte, sein Vater sei nervös gewesen und habe durch Selbstmord geendet. Eine Tochter der Schwester seiner Mutter sei geisteskrank. Der Sohn einer anderen Schwester seiner Mutter habe Selbstmord begangen. Ihm selbst sei das Lernen schwer gefallen. Er habe nie recht auswendig lernen können. Er sei zweimal durch das Examen gefallen. Früher habe er stark getrunken, in letzter Zeit nicht mehr. Er habe es nie gut vertragen. In der Zeit, als er stark trank, entwickelte sich bei ihm die Neigung, sich zu entblössen, und wurde schliesslich zur Gewohnheit. Er lief von der Kneipe aufs Feld und in Gärten, zog sich nackt aus und lief so umher. Je kälter es war, desto grösser der Reiz. Er treibe übrigens seit seinem 20. Jahre auch regelrechten

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Geschlechtsverkehr, habe ein Verhältnis, verkehre mit ihr durchschnittlich jede Woche einmal. Vor 4 Jahren hatte er Syphilis, musste mehrfach Schmierkuren durchmachen. Vor 2 Jahren erkrankte er an Lungenkatarrh. Er hatte seither viel Husten und Auswurf, konnte Monate lang nur flüstern.

Seine Strafthaten passirten ihm im Juni und Juli des Jahres. Er warf den Kindern Kusshände zu, um sie aufmerksam und neugierig zu machen. Vielleicht habe er ihnen auch gepfiffen. Die Sucht, vor Mädchen seine Geschlechtstheile zu entblössen, bestehe aber schon länger, sie habe sich in der Zeit, wo er stark, trank, allmählich entwickelt und nur jetzt eine solche Macht angenommen, dass er nicht mehr widerstehen könne. Sobald er nicht durch seinen Beruf in Anspruch genommen sei, beschäftigten sich seine Gedanken nur mit einer solchen Gelegenheit. Zu Hause habe er keine Ruhe, könne nicht lesen oder schreiben, werde umhergetrieben. Er mache dann stundenlang Spaziergänge, um endlich eine Gelegenheit zu finden, seinen Drang zu befriedigen. Sobald er dann eine weibliche Gestalt sehe, ergreife ihn eine furchtbare Aufregung, die ihn blind mache, ein heftiges Angstgefühl mit Herzklopfen, seine Kniee schlotterten, und erst, wenn er die Neugier des Mädchens durch Hervorziehen des Gliedes erregt zu haben glaube, fühle er sich erleichtert. Zum Samenabgang komme es dabei nicht, meist nicht einmal zum Steifwerden des Gliedes. Er onanire auch nicht dabei. Die gegentheilige Behauptung in den Acten sei unrichtig. Nehme das Mädchen Anstoss oder bleibe es gleichgiltig, so lege sich sein Angstgefühl nicht. Seine Aufregung steigere sich bis zum Unerträglichen, wenn es ihm nicht gelinge, seinen Zweck zu erreichen. Früher konnte er sich trotz der Angst bezwingen, jetzt sei das nicht mehr. Er habe sogar Zettel bei sich getragen, mit der Aufforderung an sich selbst: „Thue es nicht! Du wirst bestraft!“ Er wusste, er werde sich schliesslich unglücklich machen. Alles war umsonst, er konnte den Trieb nicht unterdrücken. Nach der That habe er wohl später Reue, aber zunächst empfinde er nur ein Gefühl grosser Erleichterung. Selbst als er zur Klinik kam, um sich untersuchen zu lassen, überfiel ihn hier trotz seiner verzweifelten Lage ein peinlicher Drang, vor den Pflegerinnen, die er sah, sich zu entblössen, und nur das Hinzukommen Dritter rettete ihn davor. Die Vorstellung, die ihn zu seiner Handlungsweise zwinge, sei nämlich die, die Neugier einer weiblichen Person (Alter und Schönheit seien dabei gleichgültig) zu erregen. In Gegenwart Dritter schäme sich das Mädchen oder thue doch so, und er erreiche dann nicht seinen Zweck. Am besten eigneten sich Backfische und Dienstmädchen. Es erfülle ihn dabei keineswegs eine wollüstige Befriedigung, wie sie sich bei ihm im regelrechten Geschlechtsverkehr einstelle, sondern er verspüre nur Erleichterung des schrecklichen Angstgefühls, das sich sonst zur Unerträglichkeit steigere. In Gegenwart ihm bekannter Damen, auch z. B. seines Verhältnisses, komme ihm nicht dieser Drang. Wenn er dagegen auf einem Spaziergange auch nur einen hellen Gegenstand, z. B. einen Pfahl erblicke, der ihn an ein weibliches Wesen erinnere, klopfe ihm das Herz bis in den Hals hinauf. Ein helles weibliches Kleidungsstück übe auf ihn eine solche Anziehungskraft aus, dass er sich schon einmal eine solche Blouse heimlich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vom Trockenboden fortnahm und erst später aus Reue zurückbrachte. X. giebt ausdrücklich an, dass er sonst eher prüde ist, in übertriebener Weise Umstände macht, wenn er einmal unterwegs austreten muss, dass es ihm direkt unangenehm ist, sich im Herrenbad auszuziehen.

28. August. Hat seine Unterhosen verkehrt angezogen, um sich zu schützen. Als er aber beim Spazierengehen von der Strasse aus eine weibliche Gestalt am Fenster erblickt, springt er sofort in den betreffenden Garten. Will nachher garnicht gewusst haben, wie er hineingelangt war. Weiss nur, dass er heftige Angst empfunden hatte. Nach 8 Minuten Warten wieder weiter gegangen, da er kein Interesse erweckt hatte. Meint, dass er anderen Falls sich trotz aller Vorkehrungen entblösst haben würde. Fühlte sich nachher missmuthig und unzufrieden. Sagt, wenn er verhindert werde dem Zwange zu folgen, werde er ganz unglücklich und erregt, geradezu krank. Darum könne er Aenderungen an seiner Kleidung zum Schutz nicht dauernd vertragen.

29. August. Glaubt, schon seit bald 10 Jahren den Drang zum Entblössen verspürt zu haben. Nur sei derselbe in den letzten 2 Jahren sehr viel stärker geworden. Alkoholgenuss und warme Bäder wirkten verschlimmernd ein. Er habe damals, als es begann, eine Wohnung in Strassenhöhe gehabt, so dass man von draussen eventuell in sein Bett sehen konnte. Er habe dann gerne im Bett liegend seine Geschlechtstheile aufgedeckt.

9. September. Sich bezwingen könne er jetzt höchstens noch so weit, dass er möglichst seine Wohnung ohne Gegenüber wähle und allein auszugehen vermeide, oder aber belebte Wege aufsuche. Indessen, „man lügt sich selbst was vor“. Bald rede er sich ein, hier werde kein Mädchen kommen, und gerate so allmählich auf abgelegenere Strassen. Begegne er dabei einem Mädchen, so sei er rettungslos verloren. „Sobald das Object in Sicht ist, ist Schluss.“ Kräftigere Gegenvorstellungen tauchten nun überhaupt nicht mehr auf. Ein innerer Kampf finde kaum mehr statt. Das sei wohl früher der Fall gewesen, als er den Mahnzettel mit Erfolg bei sich getragen. Jetzt bewirke der Anblick eines Mädchens sofort triebartig die Entblössung. „Dann denke ich garnichts. Es ist nur der Zwang da: Du musst es jetzt thun, es ist Zeit! Es ist ein ängstliches Hingetriebenfühlen!“. Das Gefühl der Angst, das ihn zur That treibe, sei frei von dem Gedanken an wollüstige Befriedigung. Die Angst, die sich bei mangelnder Gelegenheit zu einer wahren Qual steigere, weiche im Augenblicke der That einem Gefühl der Erleichterung. Später erst komme Reue und Furcht vor den Folgen. Könne er wegen schlechten Wetters nicht ausgehen, laufe er ohne Ruhe umher, unfähig sich zu beschäftigen. Selbst zum Mittagsschlaf komme er dann nicht. Zunähen der Hosen helfe nichts. Er reisse sie doch wieder auf.

12. September. Klagt über sein schlechtes Gedächtnis, und dass er seit 2 Jahren so nervös und reizbar geworden sei. Häufe sich die Arbeit, verliere er den Kopf und bringe nichts fertig. Sein Beruf gebe ihm keine Befriedigung. Manchmal sei er ganz verzweifelt, sehe die Zukunft grau und hoffnungslos. Etwas Ruhe habe er wohl, wenn sein Verhältniss bei ihm auf der Wohnung sei. Er habe auch schon an Heirathen gedacht, könne es jedoch unmöglich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wegen der damit verbundenen Formalitäten. Er sei aus Nervosität ausser Stande, Besuche zu machen. Dazu würde er sich jetzt nie entschliessen können. Er habe fast gar keinen Verkehr, vermeide jede Geselligkeit, hasse jeden Zwang. Er sei im Allgemeinen entschlusslos, willensschwach und wankelmüthig. Tauche aber ein Wunsch auf, so folge er ihm gleich blindlings ohne Ueberlegung. Daher neige er zu übermässigen Anschaffungen. Er habe stets Freude am Absonderlichen gehabt. Manchmal fürchte er, verrückt zu werden.

24. September. Hat sich Hosen machen lassen, die sich nur hinten öffnen und vorne geschlossen sind. Klagt trotz gereichter Beruhigungsmittel über schreckliche Unruhe, muss immer aufspringen und umherlaufen, kann weder lesen noch schreiben.

25. September. Kommt Abends zu früh in die Sprechstunde des Halsspezialisten, der ihn wegen seines Kehlkopfleidens behandelt, tritt zufällig auf den Balkon und bemerkt gegenüber am Fenster etwas Weibliches. Sofort ergreift ihn die Angst. Er rennt umher, muss sich hinten die Hose aufknöpfen, sucht das Hemd herauszuzerren. Da das nicht genügt, ihm Erleichterung zu schaffen, und die Angst wächst, ist er schon dabei, die Hosen im Wartezimmer, wo jeden Augenblick jemand kommen kann, herabzulassen, da verschwindet die Person gegenüber. X. ist nachher über dieses Erlebniss sehr gedrückt, fragt, ob er nicht Knöpfe bekommen könnte, die nur mit einem Schlüssel zu öffnen seien. Bemerkenswerth ist übrigens, dass X. heute Mittag, ehe er ausging, etwas erhöhte Temperatur gehabt hatte und sich unwohl fühlte. Abends bestand 38,5° Fieber.

3. October. Wiederholt leichte Fiebertemperaturen. Viel Husten und Auswurf. Sehr heiser. Nachts oft viel geträumt. Sein aufgeregtes, fahriges Wesen bestand dauernd. Zu einer eigentlichen Beschäftigung kam er nicht. Fing er etwas an, liess er es nach kurzer Zeit wieder liegen. Einen Tag fragte er, wann er die Klinik verlassen könnte, ob sich die Beobachtung nicht beschleunigen lasse; den anderen Tag erklärte er, zur Kur in der Klinik bleiben zu wollen, auch wenn es nicht mehr verlangt würde. So wechselten ständig seine Absichten. Jeder Entschluss fiel ihm schwer. Nach geschlossener Beobachtung entlassen.

Gutachten.

X. ist von beiden Eltern her erblich belastet, hat schwer gelernt, ist 2mal durch das Examen gefallen, soll sich immer wirr, exaltirt, zerfahren und zerstreut gezeigt und zum Absonderlichen geneigt haben. Seine Freunde nannten ihn deshalb schon vor vielen Jahren „die schusselige Saatkrähe“ oder den „verrückten X.“ Obgleich er wenig Alkohol vertrug, hat er Jahre hindurch relativ stark getrunken. Unter der Einwirkung dieser Schädlichkeit scheint sein schon früher abnormes Geschlechtsleben — er hat eingestandenermaassen vom 13. bis zum 23. oder 26. Jahre onanirt — allmählich eine eigenthümlich krankhafte

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Richtung angenommen zu haben. Er gewöhnte sich an, sich Nachts im Feld oder in Gärten zu entkleiden, wobei ungünstige Witterung auf seinen Körper als angenehmer Reiz wirkte. Dann begann er, der im Uebrigen eher schüchtern und prüde ist und z. B. nur ungern im Herrenbad sich entkleidet, Gefallen daran zu finden, sich von Mädchen in der Stellung des Urinirens überraschen zu lassen. Anfangs versuchte er das nur, wenn er angetrunken von der Kneipe heimkehrte. Später kam er allmählich dazu, auch im nüchternen Zustande günstige Gelegenheiten auszunutzen, wobei es ihn besonders reizte, wenn die betreffenden Mädchen Neugierde verriethen. Jetzt ist er wegen einer Reihe derartiger Handlungen im Juni und Juli dieses Jahres angezeigt worden.

Das Entblössen der Geschlechtstheile vor weiblichen Personen geschieht erfahrungsgemäss nicht so ganz selten mit Absicht und Ueberlegung zu wollüstigen Zwecken und ist dann unter dem Namen Exhibitionismus als eine Verirrung des Geschlechtstriebes bekannt. Der Exhibitionismus findet sich am häufigsten bei geistig abnormen Personen, ist aber an sich noch kein Zeichen von Geisteskrankheit, sondern kann auch von zurechnungsfähigen Menschen ausgeübt werden. Es wird daher im vorliegenden Falle nothwendig sein, den Geisteszustand des X. zur Zeit der ihm zur Last gelegten Handlungen näher zu prüfen.

Da ist zunächst grosses Gewicht auf die Thatsache zu legen, dass X. zur Zeit ein körperlich schwerkranker Mensch ist. Er leidet seit 2 Jahren an Lungenschwindsucht mit Betheiligung des Kehlkopfs. Es ist wohl zu beachten, dass seit Beginn dieses Leidens sich bei ihm eine hochgradige Nervosität auf dem Boden seiner abnormen Veranlagung ausgebildet hat. Während er früher zufriedenstellend gearbeitet hatte und stets als bescheiden und tactvoll gegolten hatte, machte er sich nach Ausbruch der Lungenkrankheit durch seine Reizbarkeit unbeliebt, konnte seine gewohnte Arbeit nicht recht bewältigen, liess Mangel an Uebersicht erkennen, erschien allgemein nervös. Krankhaft hastig, unruhig, erregbar, zerfahren zeigte er sich ebenfalls während seines Aufenthalts in der hiesigen Klinik. Er klagte in glaubwürdiger Weise über schlechtes Gedächtniss, über Willensschwäche, Entschlusslosigkeit und Neigung zu plötzlichen, unüberlegten Handlungen. Endlich ergab die körperliche Untersuchung, trotzdem X. schon länger nicht mehr trinkt, dauernd Zittern von Händen und Zunge, Zittern der Lider bei Fuss- und Augenschluss, vasomotorisches Nachröthen, Lebhaftigkeit der Sehnenreflexe, kurz Symptome, wie man sie bei der reizbaren Nervenschwäche, der Neurasthenie zu finden pflegt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Entwickelung derartiger Zustände von Nervenschwäche ist bei Lungenschwindsucht häufig und verbindet sich gelegentlich mit einer abnormen Steigerung des Geschlechtstriebes, die sich um so mehr geltend macht, je weiter die Schwächung des hemmenden Willens in Folge der Nervenschwäche fortgeschritten ist. Es ist in diesem Zusammenhange darauf hinzuweisen, dass X. mit Bestimmtheit angiebt, gerade seit 2 Jahren eine bedeutende Zunahme seines perversen Triebes bemerkt zu haben. Ein innerer Zusammenhang mit dem Lungenleiden ist nicht ganz von der Hand zu weisen, zumal in der Klinik einmal direct constatirt werden konnte, dass sich Hand in Hand mit einer Verschlimmerung des körperlichen Zustandes (Auftreten von Fieber) eine Steigerung der nervösen Unruhe und der geschlechtlichen Erregung einstellte.

Allein es handelt sich bei X. zur Zeit nicht mehr bloss um ein krankhaftes Anschwellen seines perversen Triebes bei gleichzeitiger Herabsetzung seiner Willenskraft, sondern es ist bei ihm eine ausgesprochene geistige Störung hinzugetreten, wie die Betrachtung der näheren Einzelheiten lehrt, die er in wiederholter eingehender Schilderung seines Exhibitionismus gegeben hat. Aus dieser Darstellung geht hervor, dass seine frühere Neigung zum Entblössen der Geschlechtstheile jetzt die Form einer sogenannten Zwangsvorstellung angenommen hat, wie sie erfahrungsgemäss besonders bei erblich belasteten Individuen auf dem Boden der Neurasthenie erwachsen kann. Nicht um sich eine wollüstige Empfindung mit Vorsatz und Ueberlegung zu verschaffen, handelt mehr der Beschuldigte, sondern im Momente, da er ein weibliches Wesen erblickt, erfasst ihn, so zu sagen reflectorisch, mit der Vorstellung seiner Entblössung zugleich ein unerträgliches Angstgefühl, das ihn blindlings zum Handeln treibt, um erst nach der That einem Gefühle der Befreiung zu weichen. Es kommt nicht mehr zum Samenerguss, in der Regel nicht einmal zum Steifwerden des Gliedes. Kräftigere Gegenvorstellungen tauchen nicht mehr auf im Momente der Angst. Alle Vorsätze, alle Vorkehrungen, wie Tragen eines Mahnzettels, Zunähen der Hosen, Verlegen des Schlitzes nach hinten u. s. w. sind nutzlos im Kampfe mit der übermächtigen Zwangsvorstellung. X. empfindet letztere in der freien Zwischenzeit selbst sehr scharf als etwas Fremdes, Krankhaftes, er möchte von ihr los, ist ihr aber, sobald sie auftritt, rettungslos verfallen. Wird er einmal durch besondere äussere Umstände verhindert, ihr nachzugeben, kann er sich auch dessen nachher nicht freuen, sondern fühlt sich nun den ganzen Tag missmuthig, geradezu krank, hat keine Ruhe, ist zu jeder Be-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sehäftigung unfähig. Gelegentlich fehlt ihm sogar die Erinnerung an Einzelheiten auf der Höhe des Angstanfalls.

Dass ein Mann, der von einer solchen Zwangsvorstellung beherrscht wird, im Augenblicke, da er ihr angstgetrieben gehorcht, der freien Willensbestimmung ermangelt, bedarf nach dem Gesagten keiner weiteren Ausführung.

Auch die Zweckmässigkeit, welche in den Einzelheiten der von X. im Juni und Juli verübten Strafthaten liegt, widerspricht nicht unserer Annahme seiner Unzurechnungsfähigkeit bei ihrer Begehung. Die betreffenden Handlungen sind nicht in einem Zustande der Bewusstlosigkeit vollführt, entspringen aber einem durchaus krankhaften Antriebe, bei dessen Entstehung normale Ueberlegungen überhaupt keine Rolle spielen.

Alles in allem fasse ich mein Gutachten dahin zusammen:

1. X. ist geisteskrank und leidet an Zwangsvorstellungen perverssexueller Art, die bei einer von Haus aus minderwerthigen Veranlagung auf dem Boden des Alkoholismus und einer durch Schwindsucht erzeugten Neurasthenie sich entwickelt haben.

2. Es ist mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sich X. zur Zeit der Begehung der ihm zur Last gelegten Handlungen in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden hat, durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Das Verfahren wurde eingestellt.

Fall II.

30jährige Landmannsfrau in guten Verhältnissen. Belastet. Einziges Kind. Seit der 1. Gravidität hysterische Erscheinungen: Stimmungswechsel, Reizbarkeit, Willensschwäche, nervöse Beschwerden, menstruelle Erregungen. Auftreten eines zwangsartigen Stehltriebs. Anonyme Anzeige. Einstellung des gerichtlichen Verfahrens auf Grund des § 51. Str.-G.-B.

Vorgeschichte.

Juli 1906 ging der Staatsanwaltschaft in F. die anonyme Anzeige zu, dass ein ganzer ländlicher Distrikt durch wiederholte Diebstähle in Aufruhr gehalten werde. Es handle sich um eine Menge von Gebrauchsgegenständen, besonders Strümpfen, Nachtjacken, Taschentüchern, Spitzen, Servietten u. dgl. Der allgemeine Verdacht lenke sich gegen eine bestimmte Person in gesellschaftlicher Stellung, da diese nie bei den verschiedenen Festlichkeiten gefehlt habe, bei welchen die Diebstähle stattgefunden hätten.

Bald darauf berichtete die Gensdarmerie, im Verdacht stehe die Ehefrau des Hufners N. Sie solle bei denjenigen Leuten, wo sie zu Festlichkeiten ein-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geladen sei, stehlen. Weitere Beschuldigungen gegen die N. seien in einem zweiten anonymen Briefe mitgetheilt. Als Schreiber der anonymen Briefe wurde der Landmann M. ermittelt. Dessen Ehefrau hatte bemerkt, dass bei einer Gesellschaft die N. sich längere Zeit entfernte. Nachher fehlten 5 bis 6 Paar Strümpfe. Die bei N.'s bedienstete Magd H. wollte im Haushalte derselben gestohlene Sachen gesehen haben. Auch andere Zeugen machten belastende Aussagen.

Nach anfänglichem Leugnen räumte die N. ein, Mai 1905 auf dem Bahnhof eine Tischdecke, eine Scheere und ein Paar Strumpfschäfte entwendet zu haben. Die Decke habe sie verbrannt. Es sei möglich, dass sie sich noch mehr Sachen auf verschiedenen Stellen rechtswidrig angeeignet habe. Es sei gewesen, als ob „ein böser Geist" über sie gekommen wäre, so dass sie stehlen musste. Sie habe nicht dagegen ankämpfen können. Auf Aufforderung brachte sie nur einen Theil der Sachen zum Vorschein, wollte die übrigen Gegenstände verbrannt haben. Indessen förderte die vorgenommene Durchsuchung eine grosse Zahl gestohlener Strümpfe ans Tageslicht. Die Namen waren herausgetrennt.

Am 8. August 1906 gestand die N., deren Auftreten „einen sehr guten Eindruck" machte, vor dem Amtsgericht, sie habe im Herbst 1904 aus dem Schlafzimmer der Eheleute N., wo sie ihr Zeug ablegte, 4—5 Paar Strümpfe mitgenommen, die sie sich weiter garnicht angesehen habe. Sie sei damals in anderen Umständen gewesen. Das im Januar 1905 geborene Kind sei gestorben. Sie habe von den Strümpfen keinerlei Gebrauch gemacht, sie weder selbst getragen noch Anderen gegeben. Ferner habe sie Februar 1904 gelegentlich einer Beerdigung bei H. eine Serviette, eine Kleiderbürste und Strümpfe mitgenommen. Sie habe die Sachen zu Hause hingelegt und nie gebraucht. Drittens habe sie im Winter 1904/1905 den Schrank der O. zu öffnen gesucht. Viertens habe sie in einer Gesellschaft bei N. 4 Paar Strümpfe aus der Schlafstube entwendet. Sie habe die Strümpfe nicht näher angesehen, sie in's Beinkleid gesteckt und nach Hause genommen. Fünftens habe sie auf gleiche Weise bei O. 4—5 Paar Strümpfe gestohlen, darunter einige ganz schlechte. Sechstens habe sie Mai 1905 im Privatzimmer des Bahnhofswirths, wo sie ihren Anzug ordnen wollte, eine Tischdecke, eine Scheere und 1 Paar Strumpfschäfte entwendet. Sie habe diese Sachen nachher in ihrer Reisetasche auf der ganzen Reise mitgehabt. Die Tischdecke habe sie später verbrannt. Sie hätte sie gerne wieder abgeliefert, wusste es aber nicht anzufangen. Siebtens habe sie Herbst 1904 auf dem Hofe ihres Vetters ein werthloses Stück Flanelltuch von der Diele fortgetragen. Achtens habe sie schon 1902 auf dem S . . . berg fremde Blumen abgepflückt und sei dafür vom Manne gescholten worden. Wie sie zu ihrem Thun gekommen sei, könne sie sich nicht erklären. Sie lebe in guten Verhältnissen. Die gestohlenen Sachen seien ihr gleichgültig, zum Theil direct unangenehm. „Wenn ich in einem fremden Hause war, so wurde ich dazu getrieben, mir Sachen anzueignen, von einer Kraft, die stärker war als ich." Später habe sie sich immer gesträubt, in andere Häuser zu gehen. Die Namen habe sie aus den Strümpfen entfernt, um ihrem Mann den Zusammenhang zu

Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

verheimlichen. Anfangs habe sie dem Trieb noch widerstehen können. Später ward es schwieriger, und nach 1904 habe sie überhaupt nicht mehr widerstehen können. Ihre erste derartige Handlung sei das Blumenpflücken auf dem S. . .-berg gewesen. Zuerst Sachen weggenommen habe sie dann auf der H.'schen Beerdigung 1904. Am Tage vorher sei sie zur Hülfe dort gewesen. Da sei ihr der Gedanke nicht gekommen. Am nächsten Tage sah sie die Serviette, die einer ihrer eigenen glich, und konnte nicht anders, sie musste sie mitnehmen. Einige Sachen habe sie verbrannt, da sie nicht wusste, wie sie sie zurückgeben sollte. Sie habe unter inneren Kämpfen schwer gelitten, habe gewusst, dass sie die Sachen nicht wegnehmen durfte, habe sich gegen den Drang gewehrt, aber nicht dagegen angekonnt.

Aus einem von ihr zu den Akten eingereichten schriftlichen Geständniss geht hervor, dass sie während der Schwangerschaft immer eine Leidenschaft für Blumen, schöne Steine und werthlose kleine Sachen gehabt haben will. Die Blumen auf dem S . . .berg habe sie in der ersten Schwangerschaft gepflückt. Sonst sei eine Aneignung fremder Sachen damals nicht vorgekommen. Die gestohlenen Gegenstände seien ihr lästig und gleichgültig geworden, wenn sie dieselben erst hatte. Sie sei nie willig einer Einladung gefolgt, sondern habe immer unter einem Vorwande zu Hause zu bleiben versucht, weil sie wusste, dass diese Leidenschaft in ihr war, und sie sich vor dem Kampfe fürchtete.

Eigene Beobachtung.

Am 15. August 1906 wurde die N. von ihrem Manne der Klinik zur Behandlung zugeführt.

Nach Angabe des Mannes ist der Vater der N. ein auffallender Charakter, der altes Zeug, alte landwirthschaftliche Geräthe ansammelt und sich von ihnen nicht trennen kann. Ein Onkel mütterlicherseits soll geisteskrank in der Irrenanstalt sich befinden, eine Tante geistesschwach gestorben sein. Die N. ist das einzige Kind ihrer Eltern. Abgesehen von einer Ohrkrankheit in der Jugend und Bleichsucht war sie körperlich gesund, lernte gut in der Schule. Der Pastor, der sie auf die Confirmation vorbereitet hat, meint nur, sie habe einen gewissen Mangel an Thatkraft gezeigt. In ihrem Entlassungszeugnisse aus der Schule sind Leistungen und Betragen mit „sehr gut" censirt. Auch in ihren Stellungen hat sie, wie aus ihren Zeugnissen hervorgeht, durchaus Zufriedenstellendes geleistet. Bemerkenswerth ist nur, dass eine Dame schreibt, es habe der N. die frische, frohe Stimmung und Freude über hübsche Leistungen gefehlt, was sich vielleicht aus zurückhaltender Bescheidenheit erklärt habe. Ferner schreibt eine andere von ihr, sie sei körperlich schwächlich gewesen. Ueberall war sie beliebt, zeigte nirgends Neigung zum Stehlen.

1902 heirathete sie und lebte gut mit ihrem Manne. Ihm fiel jedoch gleich in ihrer ersten Schwangerschaft an ihrem Wesen eine grosse Unbeständigkeit auf. Sie erschien oft gedrückt und konnte sich über Kleinigkeiten leicht erregen. An die Stelle ihres früher sanften Wesens trat eine übergrosse Reizbarkeit. Sie konnte nicht schlafen, war unruhig, weinte viel und entwickelte eine übertriebene Sparsamkeit, zumal in ihrer Kleidung. Gegen Mann und Eltern

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

konnte sie plötzlich sehr heftig werden. Nachher empfand sie Reue. Am 20. Januar 1903 wurde ein gesundes Kind geboren. Das Wochenbett verlief normal. Im Januar 1905 hatte sie eine Frühgeburt im 8. Monat. Das Kind starb im April. Sie war immer energielos, konnte den Leuten nichts sagen, ihnen nicht recht die Arbeit zutheilen. Stets wandte sie sich an den Mann um Hilfe. Auch gegenüber dem Kinde hatte sie keine Autorität. Sie war ungleichmässig in ihren Erziehungsversuchen, liess am liebsten alles gehen. Im Haushalt fehlte ihr der Ueberblick. Besuche regten sie gleich auf. Sie war oft vergesslich, zerstreut, zerfahren, willenlos, kam dann nicht zu nothwendigen Arbeiten, machte immer herum, ohne fertig zu werden. Bei Gewittern zeigte sie übertriebene Angst, packte gleich alle Sachen zusammen. Als sie einmal bei der Rückfahrt von einer Gesellschaft Nachts eine alte Wagendecke verloren hatte, wollte sie durchaus sogleich allein zurückgehen und suchen. Zeitweise erreichten während der ersten Schwangerschaft die seelische Verstimmung und die Schlaflosigkeit einen fast beängstigend hohen Grad.

Von den Strafthaten will der Mann, der in guten Verhältnissen lebt, nichts gewusst haben bis zur Vernehmung seiner Frau. Auffallend war ihm nur ihr Sträuben gewesen, in Gesellschaft zu gehen. Sie war nie vergnügt dabei, ging nur mit Widerwillen hin. Vor solchen Festen war sie geradezu aufgeregt. Der Ehemann ist überzeugt, es handle sich bei seiner Frau um eine krankhafte Störung, und hat ihr daher verziehen.

Die körperliche Untersuchung in der Klinik ergab:

30jährige Frau von mittlerer Grösse, mässig kräftig, blass 58,5 kg schwer.

Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Keine Kopfnarben. Keine Druckpunkte.

Sehlöcher mittelweit, rund, verengern sich gut bei Belichtung und Einwärtssehen. Augenbewegungen frei. Augenhintergrund normal. Gesichtsfeld wenig eingeengt. Gesicht gleichmässig bewegt.

Zunge gerade, zittert, zeigt Zahneindrücke, ist mässig belegt. Gaumenbögen gleichmässig gehoben. Rachen- und Würgreflexe schwach. Sprache nicht gestört. Händedruck mittelkräftig. Finger zittern.

Sehnenreflexe der Arme sind lebhaft.

Mechanische Muskelerregbarkeit und vasomotorisches Nachröthen gering. Bauchdeckenreflexe schwach. Kniescheibensehnenreflexe lebhaft, ebenso Achillessehnenreflexe. Kein Fusszittern. Zehenreflexe normal. Beweglichkeit von Armen und Beinen nicht gestört. Gang sicher. Kein Schwanken bei Fuss- und Augenschluss; doch lebhaftes Zittern der Lider bei dem Versuch. Tast- und Schmerzempfindung nicht gestört.

Puls 72, regelmässig, steigt leicht an.

Herztöne rein. Dämpfung in normalen Grenzen. Ueber beiden Lungenspitzen Geräusch des Ausathmens etwas verlängert. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

16. August 1906. Unruhig. Weint viel. Unzufrieden, dass sie zu Bett liegen muss. Das halte sie nicht aus. Isst schlecht. Erzählt auf Befragen,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie habe ihre Regel seit dem 12. Jahre. In der Zeit sei sie immer etwas aufgeregt gewesen. Mit 15 Jahren Bleichsucht, war blass und schwächlich, öfters schwindlig. In der Ehe wurde das besser. Während der ersten Schwangerschaft, die bald nach der Hochzeit eintrat, viel Beschwerden, jeden Morgen Erbrechen, auch öfters Kopf- und Leibschmerzen, konnte zweimal ihr Wasser nicht lassen. Ferner Gefühl von Schwindel, traurige Stimmung, viel geweint. Nach der Geburt, die lange dauerte, schmerzhaft war und sie sehr angriff, nicht selbst gestillt, hatte zu wenig Milch, fühlte sich schwach. Auch bei der zweiten Schwangerschaft war sie aufgeregt und gereizter Stimmung. Bei Beerdigung der Mutter des H. Februar 1904 ging sie zum Helfen hin. Bei solchen Arbeiten rege sie sich immer sehr auf. Auch wenn bei ihr zu Hause etwas los sei, fühle sie sich ängstlich, habe ein Unsicherheitsgefühl, ob sie es auch gut machen werde. Ebenfalls am nächsten Tage fühlte sie sich „kopflos". Die Absicht zu stehlen hatte sie nicht, hatte keine Ahnung, dass so Etwas kommen werde. In der Schlafstube sah sie eine Serviette mit Hohlsaum liegen, genau so, wie sie zu Hause auch eine hatte, und ein paar schwarzwollene Strümpfe, die anscheinend alt waren. Sie wisse nicht mehr genau, was sie in dem Augenblicke dachte, meine, sie dachte an die Arbeit zu Hause, dachte, sie müsse es nehmen. Sie ergriff die Sachen und steckte sie durch den Schlitz in ihre Unterhose. Bald seien sie ihr lästig geworden, und sie hätte sie gerne wieder fortgelegt, doch hatte sie keine Gelegenheit mehr dazu. Immer war Jemand in der Schlafstube. Zu Hause legte sie die Sachen in den täglichen Wäscheschrank. Niemand merkte es. Einige Wochen noch machte sie sich Vorwürfe und bedauerte, die Sachen nicht zurückbringen zu können. Dann wurde sie gleichgültig. Gebrauchen konnte sie die Sachen nicht, hatte selbst genug. (Während dieser Erzählung schüttelt sie immer weinend den Kopf, betont, sie könne sich nicht begreifen.) 1904 habe sie dann wiederholt Strümpfe in der gleichen Weise in Schlafstuben gestohlen. Sie habe so einen eigenthümlichen Reiz dabei empfunden. Es geschah alles so schnell. Es war ein übermächtiger Drang. Sie hatte die Fähigkeit zum richtigen Nachdenken nicht, fühlte sich „so ganz im Bösen drin". Sie wusste, dass es unrecht war, hatte aber keine Ruhe, bis sie es gethan. Zu Hause machte sie sich dann hinterher Vorwürfe, konnte nicht schlafen. Nur das Wegnehmen selbst bereitete ihr eine Art Lust. Im Augenblick, wo sie die Sachen sah, überkam sie der ängstliche Trieb, sie zu nehmen, ganz schnell, dass keine Zeit zum Nachdenken blieb. Hinterher kamen mit der Einsicht die Vorwürfe. Sie scheute sich, ihrem Manne von dieser „Lust" Mittheilung zu machen, fürchtete, er würde sie dann nicht mehr lieb haben.

Im Mai 1905, als sie mit ihrem Manne eine Harzreise antrat, erblickte sie im Damenzimmer des Bahnhofs eine Scheere und einen angefangenen Strickstrumpf. Sie musste trotz heftigen inneren Widerstrebens beides nehmen und in ihre Reisetasche stecken, nachdem sie die Nadeln aus dem angefangenen Strumpf herausgezogen hatte. Von ihrer Harzreise hatte sie kein Vergnügen, weil sie die entwendeten Sachen in ihrer Reisetasche die ganze Zeit beunruhigten und ihr Kummer bereiteten. Sie dachte immer, sie wollte die für sie

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ganz nutzlosen Sachen auf der Rückkehr abliefern, konnte das aber nachher nicht. Ihrem Manne nahm sie nichts, auch nichts in Geschäften. Der Drang trat immer auf, wenn sie sich in einem fremden Zimmer allein sah. Es graute ihr zuletzt förmlich vor ihrer gefährlichen Leidenschaft, sie suchte die Gelegenheiten zu vermeiden, indem sie nicht mehr in Gesellschaften ging. Allein sie konnte es aus äusseren Gründen nicht immer unterlassen, und dann erlag sie wieder. Das lastete auf ihr wie ein schwerer Druck. Sie weinte viel, schlief schlecht, machte sich Vorwürfe. Es war ihr fast eine Erleichterung, als alles entdeckt war und sie gestanden hatte. Das anfängliche Leugnen geschah aus Scham vor ihrem Manne.

In der nächsten Zeit war Frau N. in der Klinik meist traurig und gedrückt, weinte oft, schlief wenig, klagte über Kopfdruck und äusserte Lebensüberdruss. Durch Zureden war sie nur vorübergehend zu trösten. Dagegen hielt sie sich jetzt ruhig und bescheiden, arbeitete fleissig. Nur hin und wieder klagte sie über quälende Unruhe, brachte dann nichts fertig, lief planlos umher, sprach viel und schrieb lange Briefe.

8. September 1906. Sie sagt, es sei als ob eine fremde Macht sie verfolgt und zum Bösen gezwungen habe. Als sie bei H. hingerissen worden war, meinte sie, es werde ihr nicht wieder passiren, der Drang werde nicht wiederkehren. „Aber er kam! Ich hatte keine Ahnung davon gehabt. Ich hatte kein Nachdenken und nahm es an mich. Wie ich dazu gekommen bin, weiss ich nicht.“ Es habe sie unglücklich gemacht, unter einer solchen Macht zu stehen. Manchmal empfand sie förmlich Lebensüberdruss. Die gestohlenen Sachen waren ihr nachher widerwärtig. Aber im Moment konnte sie nicht gegen den Drang an. Sie glaube, es rühre daher, dass sie als Kind wenig spielte, immer mit Handarbeiten sich beschäftigte und allmählich eine wahre Leidenschaft für Handarbeiten bekam. Vielleicht hätte ihr früher eine rechtzeitige Warnung geholfen. Jetzt sei sie geradezu aufgewacht wie aus einem Traum.

Am 24. September fiel eine merkwürdige Veränderung in ihrem Wesen auf. Sie hatte eine steigende Unruhe, flackernde Augen, geröthetes Gesicht, sprach viel, arbeitete nicht und hatte zahlreiche Wünsche nach Toilettensachen und dergleichen Kleinigkeiten. Sie sang und spielte Klavier, erschien bisweilen krampfhaft heiter, um dann plötzlich in heftiges Schluchzen auszubrechen. Dieser Zustand dauerte den nächsten Tag an. Am 26. September trat ihr Unwohlsein auf, das bis zum 29. September dauerte und mit mancherlei nervösen Beschwerden, namentlich Kopfweh und Ziehen in den Händen, verknüpft war.

1. Oktober 1906. Sehr gereizt, nimmt alles übel, schilt auf ihre Umgebung, zieht sich von Allen zurück, klagt Lebensüberdruss. Kopfschmerz und Gefühl einer aufsteigenden Kugel im Halse. In den nächsten Tagen wieder besserer Stimmung. Beschäftigt sich mit ihrer Umgebung.

4. October 1906. Sehr wechselnd, bald ausgelassen heiter, bald tieftraurig. Nahrungsaufnahme gut. Schlaf ungleichmässig.

7. October 1906. Klagt heute über grosse innere Unruhe, läuft immer

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

umher, fängt alles Mögliche an, putzt und wischt, bringt nichts fertig, spricht unaufhörlich, ist nicht zu beruhigen.

8. October 1906. Ganz ohne Veranlassung masslos heftig gegen ihre Umgebung. Scheint hinter Allem etwas zu wittern. Schimpft über Alles, mischt sich in Sachen, die sie nichts angehen, will sich nicht in die Hausordnung fügen.

Macht einen höchst aufgeregten Eindruck.

9. October 1906. Wieder ruhig und freundlich, etwas weinerlich. Arbeitet fleissig, schläft wieder besser.

Gutachten.

Die bisher unbescholtene Frau N. hat in einer Reihe von Fällen Diebstähle ausgeführt, die alle einander sehr ähnlich sehen. Immer hat es sich um kleinere Haushaltungsgegenstände gehandelt, vor allem um weibliche Handarbeiten, wie Servietten, Taschentücher, Strümpfe und dergl. Der Contrast zwischen der Nichtigkeit dieser entwendeten Sachen, die für eine Frau in den wohlhabenden Verhältnissen der Beschuldigten kaum einen Vortheil bedeuteten, und den schweren Unannehmlichkeiten, welchen dieselbe durch ihr Thun sich und ihre Familie aussetzte, ist so auffallend, dass der Verdacht auf eine geistige Störung der Thäterin sich von vornherein aufdrängen musste. Diese Möglichkeit ist denn auch sogleich von richterlicher Seite erwogen worden. Auf den gleichen Standpunkt hat sich von vornherein der Ehemann gestellt. Auch die Beschuldigte selbst hat, nachdem sie ihr anfängliches Leugnen aufgegeben, stets übereinstimmend erklärt, sie sei von einer Macht, der sie nicht widerstehen konnte, zu ihren Strafthaten getrieben worden. Bekanntlich hat man früher auf Grund ähnlicher Fälle angenommen, es gebe einen krankhaften Stehltrieb, die Kleptomanie, die bei sonst gesunden Individuen als einziges Symptom einer Geisteskrankheit in Erscheinung treten könne. Diese Auffassung, welche dem gröbsten Missbrauch Thür und Thor öffnen musste, ist unhaltbar. Eine Kleptomanie als selbstständige Krankheit giebt es nicht. Wo ein wirklich krankhafter Drang zum Stehlen sich entwickelt, da handelt es sich allemal nur um ein einzelnes Symptom unter vielen anderen, und die zu Grunde liegende geistige Störung muss sich auch unabhängig von der That nachweisen lassen. Es wird daher im vorliegenden Falle zunächst unsere Aufgabe sein müssen, den gesammten Geisteszustand der N. ins Auge zu fassen und dann erst ihr Verhalten bei Begehung der Delikte zu prüfen.

Ist Frau N., ganz abgesehen von ihrer Neigung zum Stehlen, im rein medizinischen Sinne überhaupt als krank anzusehen? Diese Vorfrage ist auf Grund der Vorgeschichte und der Beobachtung in der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Klinik rückhaltlos zu bejahen. Frau N. stammt nach Mittheilung des Mannes von Seiten der Mutter aus einer mit Geisteskrankheit belasteten Familie, während ihr Vater als auffallender Charakter mit Neigung zum Ansammeln von alten, unbrauchbaren Sachen geschildert wird. Die Beschuldigte selbst litt in ihrer Jugend an einem Ohrleiden und an Bleichsucht, war wohl körperlich schwächlich, etwas still und zurückhaltend, aber sonst gesund, sanft und beliebt. Das änderte sich alles in ihrer Schwangerschaft, die sich bald nach ihrer Verheiratung, 1902 einstellte. Sie zeigte jetzt eine sehr unbeständige Stimmung, ärgerte sich über Kleinigkeiten, wurde zeitweise sehr heftig erregt, um dann gleich nachher Reue zu spüren. Sie schlief schlecht, weinte viel, hatte Schwindel und Erbrechen. Während diese nervösen Beschwerden nach der Entbindung verschwanden, blieb eine allgemeine Schwäche und eine Unbeständigkeit der Stimmung zurück. Der Ehemann klagt über die grosse Energielosigkeit und Willensschwäche seiner Frau. Namentlich zeitweise fiel ihm auf, dass sie zerstreut und zerfahren war, nichts zu Stande brachte. Ganz entsprechend war das Verhalten der N. in der Klinik, wie es oben geschildert ist.

Diese launenhafte Unbeständigkeit, diese Willensschwäche mit explosiver Reizbarkeit, diese zerfahrene Unruhe, die namentlich zur Zeit des monatlichen Unwohlseins eine bedenkliche Höhe erreichten, ergeben zusammen mit den zahlreichen körperlichen Beschwerden, wie Kopfweh, Ziehen in den Fingern, Gefühl einer Kugel im Halse, das ausgesprochene Bild einer Hysterie mit Erregungen. Auch der körperliche Befund lässt sich mit dieser Annahme wohl vereinigen.

Wenn auch die Hysterie an sich nicht ohne Weiteres eine Geisteskrankheit darstellt, welche etwa dauernde Unzurechnungsfähigkeit begründen könnte, so pflegt doch erfahrungsgemäss in der Regel sich dabei eine Steigerung des Trieblebens und eine Herabsetzung der moralischen Widerstandskraft auszubilden, die es erklärlich machen, dass unter Umständen in Momenten grösserer Erregung die Herrschaft über Gefühle und Ueberlegungen verloren gehen, und die freie Willensbestimmung vorübergehend mehr oder weniger aufgehoben sein kann. Bisweilen vermag es auf dem Boden der Hysterie zur Ausbildung von förmlichen Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen zu kommen, d. h. von sonderbaren Ideen und Impulsen, die einen krankhaft übermässigen Einfluss auf das gesammte Thun und Denken eines Individuums gewinnen, so dass es ihnen blindlings folgen muss, obgleich es das Verkehrte und Krankhafte seiner Handlungsweise selbst erkennt und peinlich empfindet.

Bei Frau N. scheint die vorher schlummernde Hysterie durch die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erste Schwangerschaft geweckt und zu offenem Ausbruch gebracht zu sein und damals zeitweise auch mit einer ernsteren seelischen Verstimmung sich verbunden zu haben. Es ist daher sehr beachtenswerth, dass gerade in dieser Zeit auch zum ersten Male die Neigung auftritt, sich an fremdem Eigenthum zu vergreifen. Die sogenannten Gelüste der Schwangeren sind bekannt. Gewiss unterliegt nicht jede Schwangere ihren Gelüsten. Aber darum ist doch daran festzuhalten, dass es einzelne dicht an der Grenze des Normalen stehende Frauen giebt, die in der Schwangerschaft vorübergehend die Herrschaft über ihr Triebleben verlieren. Bei nervösen Personen können derartige, einmal aufgetretene Gelüste sogar die Schwangerschaft überdauern und sich von dieser gewissermaassen selbstständig machen. Die N. behauptet, sie habe während ihrer Schwangerschaft eine wahre Leidenschaft für Blumen, schöne Steine und werthlose kleinere Sachen empfunden. Sie war schwanger, als sie die fremden Blumen auf dem S... berg pflückte. Die Entwendung der Strümpfe bei H.'s fand kaum einen Monat nach ihrer schweren Entbindung statt, von welcher die Beschuldigte stark mitgenommen gewesen sein soll. Was die Entstehung der speciellen Lust nach Handarbeiten betrifft, so mag dafür von Bedeutung gewesen sein, dass die N., wie sie erzählt, von Jugend auf ein ungewöhnliches Interesse für Handarbeiten besass, so dass auf sie deren Anblick, noch mehr wohl deren Besitz, stark Lust erregend wirkte. Dazu kam die Aufregung, in welcher sich die nervös sehr erregbare N. durch die Einladung befand, und die begünstigende Gelegenheit, dass sie im fremden Zimmer, in welchem die Strümpfe lagen, allein gelassen wurde. Der Anreiz zum Nehmen muss, wenn man ihr glauben darf, das erste Mal ganz plötzlich mit zwingender Gewalt sie überfallen haben, sodass sie fast ohne Ueberlegung handelte und nachher selbst überrascht war und heftige Reue empfand. Die entwendeten Sachen waren ihr widerwärtig. Sie vermied deren Anblick, suchte das ganze, ihr unbegreifliche Ereignis zu vergessen. Da wurde sie in der gleichen Situation wieder von dem gleichen übermächtigen Drange ergriffen, der sie ängstigte, und dem sie nicht den genügenden Widerstand entgegenzusetzen vermochte. Bald reihte sich eine derartige Handlung an die andere, und immer mehr verfiel sie ihren Zwangsantrieben, vor denen sie sich selbst fürchtete. Niemals stahl sie Geld oder Werthsachen, immer handelte es sich nur um kleinere, ziemlich werthlose Haushaltungssachen, vor Allem solche, die irgendwie mit Handarbeiten zu thun hatten. Frau N. will sich darüber unglücklich bis zum Lebensüberdruss gefühlt haben, wagte aber nicht, sich ihrem Manne mitzutheilen, aus Furcht, seine Liebe zu verlieren. Sie suchte den Ein-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ladungen aus dem Wege zu gehen, um so die Gelegenheit zu vermeiden, bei welcher sie das Auftreten des ihr schrecklichen Triebes am meisten zu fürchten hatte. Sie empfand diesen als eine fremde, ihr unbegreifliche Macht, die sie verfolgte und überwältigte; sie stahl sozusagen gegen ihren Willen und verspürte nur Angst und Widerwillen dabei. Sehr deutlich tritt das zu Tage in ihrer Erzählung über die Entwendung werthloser Sachen zu Beginn ihrer Harzreise, die dadurch ihr statt Vergnügen nur Qual gebracht habe.

Nachgewiesen ist jedenfalls, dass Frau N. seit mehreren Jahren an Hysterie mit Erregungen leidet, und dass auf diesem Boden sich ein eigenartiger Stehltrieb entwickelt hat, der nach der ganzen durchaus glaubwürdig klingenden Darstellung der Beschuldigten geradezu den Charakter eines ihr unbegreiflichen, fremdartigen Zwanges trug. Wer aber von solchen Zwangsantrieben beherrscht wird, befindet sich im Augenblicke, da er den sie begleitenden Unlustempfindungen erliegt, nicht mehr im Besitze der freien Willensbestimmung. Die betreffenden Handlungen geschehen zwar nicht im Zustande der Bewusstlosigkeit, entspringen, jedoch einem affectbetonten Antriebe von krankhafter Stärke, demgegenüber die normalen Gegenvorstellungen nicht aufzukommen vermögen.

Alles in Allem fasse ich mein Gutachten dahin zusammen:

Es ist mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Ehefrau N. zur Zeit der Begehung der ihr in den Acten zur Last gelegten strafbaren Handlungen sich in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden hat, durch welchen ihre freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Das Verfahren wurde eingestellt.

In unserem ersten Falle dürfte an dem Vorliegen echter Zwangsvorstellungen kaum ein Zweifel bestehen. Die ganze Schilderung, welche X. von dem Vorgange entwirft, lässt schwerlich eine andere Deutung zu.

Der Trieb erscheint ihm selbst als etwas Krankhaftes und Fremdartiges. Um sich dagegen zu schützen, ersinnt er allerlei Vorsichtsmaassregeln: Er sucht einsame Strassen zu vermeiden, trägt eine schriftliche Warnung in der Tasche, näht sich den Hosenschlitz zu, lässt schliesslich sogar vom Schneider eine besondere Hose anfertigen, die sich nur hinten öffnet. Alles umsonst. So zu sagen gegen seinen Willen zieht es ihn nach geeigneten Plätzen, er kann den ganzen Tag von dem Gedanken an exhibitionistische Situationen nicht loskommen, ist dadurch zeitweise zu jeder geregelten Beschäftigung unfähig. Den

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zettel beachtet er nicht, die zugenähte Hose reisst er herab. Gleich beim Anblick eines weiblichen Wesens, ja sogar eines hellen Pfahls, der nur entfernt an eine hellgekleidete Gestalt erinnert, ergreift ihn die hochgradigste Aufregung, so dass ihm die Kniee schlottern, und ihm das Herz bis in den Hals hinauf klopft. Meist handelt er in diesem Angstaffecte blindlings, ohne viel zu überlegen. Der Einzelheiten seines Thuns vermag er sich nachher zum Theil nicht mehr zu entsinnen. Giebt er dem Zwangsantriebe aus irgend einem Grunde nicht sogleich nach, so steigert sich die Aufregung und Angst bis ins Unerträgliche. Wird er gehindert, die Handlung auszuführen, so fühlt er sich den ganzen Tag krank und unglücklich. Unterliegt er dem Triebe, so hat er zunächst nur das Gefühl der Befreiung, erst nachher folgen Reue, Scham und Verzweiflung. Eigenthümlich ist, dass ihm zur Befriedigung seines Dranges und völligen Beseitigung der Unruhe Zeichen der Neugier seitens des Mädchens erforderlich sind. Bleiben diese aus, so sind die Folgen die gleichen, als ob er am Exhibitioniren gehindert worden wäre.

Bei der ursprünglichen Entstehung des Triebes auf dem Boden psychopathischer Minderwerthigkeit scheint neben der Onanie übermässiger Alkoholgenuss mitgewirkt zu haben. Später spielte der Alkohol jedenfalls keine Rolle mehr. Dagegen bestand Neurasthenie bei Phthise. Interessant waren die engen Beziehungen der Stärke des Zwangstriebs zum körperlichen Befinden. Parallel den durch die Phthise gesetzten Beschwerden zeigte sich eine Verschlimmerung des Exhibitionismus.

Auf einen derartigen Zusammenhang hat bereits Siemerling[1]) bei dem Falle von Jastrowitz hingewiesen. Nach Hoche[2]) entwickeln sich Zwangsvorstellungen und Zwangsantriebe nicht allzu selten nach erschöpfenden Krankheiten, nach Unfällen, nach langdauernden unangenehmen Gemüthsbewegungen, im Rückbildungsalter und können mit Hebung eines gestörten Allgemeinbefindens wieder spurlos verschwinden.[3])

Bei der Frage nach Anwendbarkeit des § 51 war in unserem Falle Gewicht zu legen auf die Schwächung des Willens durch die Neurasthenie bei schwerem Lungenleiden und vor allem auf die Stärke des den Trieb begleitenden Angstaffects, der sogar bisweilen bis zur Trübung der Erinnerung anschwoll.

1) loc. cit.

2) loc. cit.

3) Vergl. auch Horstmann, Passagere geschlechtliche Triebanomalie auf Grund eines nervösen Erschöpfungstriebes. Aerzt. Sachverst.-Ztg. 1906. No. 24.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nicht ganz so einfach liegt die Sache in Beobachtung II. Zunächst könnte man hier vielleicht geneigt sein, an ein blosses impulsives Handeln zu denken, da die N. immer betonte, sie wisse nicht, wie sie zu ihrer Handlungsweise gekommen sei, sie habe während der Schwangerschaft eine Leidenschaft für Blumen, schöne Steine und werthlose kleine Sachen gehabt. Der Trieb habe sie so schnell überfallen, dass sie keine Zeit zum Nachdenken gefunden habe. Erst hinterher seien mit der Einsicht die Vorwürfe gekommen.

Allein dem gegenüber stehen andere Aussagen der N., die das Vorliegen echter Zwangsantriebe im Sinne Hoche's wahrscheinlicher machen. Wiederholt betonte die N. ihr heftiges inneres Widerstreben, das Gefühl einer ihr unbegreiflichen fremden Macht, die von Aussen in ihr Denken und Handeln einzugreifen schien, und die sie deshalb schliesslich in religiösem Grauen geradezu für den Ausfluss des Bösen hielt. Hierzu kommt ferner die ausgesprochene Reue und Verzweiflung nach anfänglichem Lustgefühl in Folge der Befreiung von dem inneren Widerstreit, das ernstliche Streben, eine Wiederholung des Triebs unmöglich zu machen, die allmählich wachsende Furcht vor dem stets vergeblichen Kampfe und der Abscheu vor den gestohlenen Sachen. Namentlich ist es aber, wie gesagt die stark ausgeprägte Empfindung für das Verkehrte und Fremdartige des ganzen Vorgangs, sowie der begleitende Angstaffect im Augenblicke der That, was nach den klaren Ausführungen Ziehen's[1]) gegen die Annahme einer blossen impulsiven Handlung sprechen muss. Die anscheinenden Widersprüche in den Angaben der N. erklären sich wohl theils aus einer mangelhaften Selbstbeobachtung, theils aus ihrem Vertuschungsbestreben. Sie sprach nämlich stets nur sehr ungern von ihren Strafthaten, fing gleich an zu weinen, wollte sich nicht recht besinnen können. Auch mag die zu Grunde liegende Hysterie dem ganzen Bilde einige fremde Züge beigemischt haben. Beachtenswerth ist das erste Auftreten des Stehltriebs in der Gravidität nach Art der häufigen Gelüste der Schwangeren und seine spätere Umwandlung in die Form eines Zwangsvorgangs. Gerichtet ist dieser immer nur auf die gleichen, ziemlich werthlosen Gegenstände und beschränkt sich in seinem Auftreten auf durchweg sehr ähnliche Situationen. Es ist das dieselbe einseitige Bevorzugung einer bestimmten Gelegenheit zum Diebstahl, wie sie uns bei den zur Zeit vielbesprochenen „Warenhausdiebinnen“[2]) entgegentritt,

1) Ziehen, Neuere Arbeiten über pathologische Unzurechnungsfähigkeit. Das impulsive Irresein. Monatsschr. f. Psych. S. 58.

2) Vergl. H. Gudden, Die Zurechnungsfähigkeit bei Warenhausdieb-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und man sieht an diesem Beispiele wieder, wie wenig zweckentsprechend, ja verwirrend alle derartigen rein äusserlichen Eintheilungen krankhafter Handlungen auf Grund des zufälligen Milieus sind. Ein wirklicher Fortschritt ist mit Aufstellung solcher Begriffe und Normen, wie Waarenhausdiebinnen, nicht verbunden[1]).

Im vorliegenden Falle ergeben sich Anhaltspunkte für Anwendung des § 51 erstens aus der Steigerung des Trieblebens bei Herabsetzung der Willenskraft in Folge der hysterischen Erregungen, zweitens aus der Feststellung, dass bei Begehung der Strafthaten die N. unter dem Einflusse eines starken und affectbetonten Antriebes stand, der ihr in seiner Fremdartigkeit den Eindruck einer unbegreiflichen höheren Macht erweckte. Beide Male, bei X. wie bei N., trat der Untersuchungsrichter den ärztlichen Ausführungen ohne Weiteres bei, so dass das Verfahren eingestellt wurde.

Meinem hochverehrten Chef Herrn Geheimrath Siemerling danke ich auch an dieser Stelle für die freundliche Ueberlassung der beiden Gutachten.

---

stählen. Neurolog. Centralbl. 1906. S. 922. Dubuisson, Die Warenhausdiebinnen, Laquer, Der Warenhaus-Diebstahl. Halle 1907.

1) Anmerkung bei der Corr.: Erst nach Abshhluss der Arbeit erschien der Aufsatz von Leppmann „Die forensische Bedeutung der Zwangsvorstellungen". (Aerztl. Sachverstd. Ztg. 1907. No. 13.)

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XXXIV.

Spiegelschrift und Fehlhandlungen der linken Hand bei Rechtsgelähmten (Apraxie).

Die Schrift als Heilmittel und der Werth der Doppelhirnigkeit und Doppelhändigkeit.

Von

Manfred Fraenkel

in Charlottenburg.

(Mit Abbildungen im Text.)

Meine Herren! Der Patient, den ich Ihnen als ersten aus einer stattlichen Anzahl Fälle hier vorführe, hat vor 6 Jahren einen Schlaganfall auf der rechten Seite erlitten, der sich, wie Sie sich überzeugen können, ziemlich gut zurückgebildet, so dass der Patient den rechten Arm in der Zeit wieder leidlich bewegen gelernt hat. Ich will Sie nicht des langen mit seiner Leidensgeschichte bekannt machen. Die leichtgesteigerten Reflexe rechts, die immerhin erschwerte Beweglichkeit in den Extremitäten, daneben die exacte Angabe des Patienten, dass er jahrelang nach dem Insult der Sprache verlustig war, sichern die Diagnose[1]). Fordern wir den Patienten auf, seinen Namen und einige Zahlen zuerst mit der gelähmten rechten Hand zu schreiben, so gelingt



es dem Patienten — wie Sie sich selbst überzeugen — völlig leserlich, natürlich zittrig, das gewünschte auf das Papier zu malen.

1) Patient hat erst vor 2 Jahren spontan die Sprache wiedererlangt, ein Beweis für die Richtigkeit der Gutzmann'schen Behauptung: dass die motorische Aphasie keineswegs eine schlechtere Prognose bietet, als die sensorische.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Geben wir dem Patienten die Feder jetzt in die ganz gesunde linke Hand, so schreibt er statt derselben Aufgabe anscheinend Krikel-



krakel. Denn ein etwas geübteres Auge, sieht „hinter" diesen Schriftstrichen mehr. Ich sage „hinter" im wahren Sinne des Wortes. In der That, betrachten wir das Blatt von der Rückseite, oder in einem schräg dazu aufgestellten Spiegel, so zeigt sich derselbe Name ganz deutlich. Der Patient schreibt Spiegelschrift.

Lassen wir die Frage nach dem Warum und Wieso einen Augenblick bei Seite. Was wissen wir überhaupt von der Spiegelschrift? Die Spiegelschrift an und für sich, oder besser Abductionsschrift genannt, ist der entschiedene Beweis dafür, dass wir, beim Schreiben mit der rechten Hand, die diesen Bewegungen symmetrischen, also abductiven Bewegungsformen im rechten Gehirn — als dem Versorger der linken Hand — mitüben. Diese rechtshirnigen Schreibbewegungsvorstellungen können nun, ohne von den linkshirnigen aus erst den Anstoss zu bekommen, also selbstständig, direct von dem dort aufbewahrten Buchstabenbilde ausgelöst werden.

Wir müssen dazu annehmen, dass das Sensomotorium der linken Hand, gerade durch Vermittlung der — beide Motorien verbindenden Balkenbahnen in den symmetrischen (abductiven) Schreibbewegungen mitgeübt wird.

Buchwald, der als einer der ersten über die Spiegelschrift Betrachtungen veröffentlichte, glaubte zuerst in ihr den Beweis einer Verbindung von Sprachstörung und Schriftstörung zu sehen. Bei näherer Untersuchung fand er das, was wir heute aus unzähligen Beispielen wissen, dass nämlich viele Idioten, jüngere Kinder und selbst Gesunde spontan und sehr leicht Spiegelschrift schreiben, dass demnach also dieser ein pathologischer Wert nicht beizumessen ist, im Gegensatz zu Erlenmeyer, der doch in ihr ausdrücklich pathologische Zeichen entsprechend bestimmter cerebraler Verletzungen annahm.

Sehr interessant sind die Ausführungen von Karl Vogt, Allin und Durand über die Spiegelschrift, die alle drei diesen Ausführungen Erlenmeyer's entgegentreten.

So sagt Allin: Viele Menschen können Spiegelschrift links schreiben, ohne es zu wissen. Les sensations qui accompagnent l'écriture sont assez identiques des deux côtés pour prouver que la message part

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

de la même région corticale, mais il semble qu'un système de commutateurs placés plus bas peut le détourner à volonté dans des conducteurs différents allant à des groupes musculaires analogues mais étéronymes; ceci ferait supposer que le vrai centre graphique ne concorde pas avec l'un ou l'autre des centres moteurs, mais qu'il leur est supérieur.

Und Karl Vogt schliesst seine Erörterungen:

Je crois avoir prouvé que l'ordonnance de l'écriture était primitivement dictée par des causes extérieures qui dans beaucoup de cas peuvent avoir disparu complètement, mais dont le résultat a été retenu par l'habitude et par transmission héréditaire. Mais ayant reçu un choc quelconque, et n'obéissant plus aux lois du cerveau, les muscles de la main gauche tendent à reproduire les mêmes mouvements que la main droite.

Und während Soltmann[1]) in der Spiegelschrift den Spiegel und Ausdruck einer kranken Seele sieht — er meint nämlich, dass nervös behaftete Kinder mit einer, sei es dauernden, sei es vorübergehenden Störung der Hirnrindenfunction zu Spiegelschrift neigen, also besonders neurasthenische, hysterische, an Chorea, Epilepsie, bestimmten Psychosen leidende Kinder, Blinde, Idioten und Taubstumme — trifft meines Erachtens Durand das Richtige in seiner trefflichen Ausführung, wenn er sagt, dass die Spiegelschrift die normale Schrift der linken Hand ist, und dass, wenn sie sich nicht bei allen manifestirt, der Grund ist, dass der Wunsch sich verständlich zu machen, die Menschen zwingt gegen dieses ihr natürliches Empfinden zu handeln.

Unterdrückt man die Controle des Auges — unterdrückt diesen 2. Impuls eine pathologische Einwirkung, — dann gehorcht die linke Hand der natürlichen Bewegung und schreibt Spiegelschrift. So erklärt sich die Leichtigkeit der Spiegelschrift bei geschlossenem Auge, was ich Ihnen sogleich an Ihnen selbst beweisen werde, so erklärt sich das häufige Vorkommen derselben bei Kindern und so schliesslich seine spontane Erscheinung bei Aphasischen.

Bei diesen letzteren sagt Durand direct:

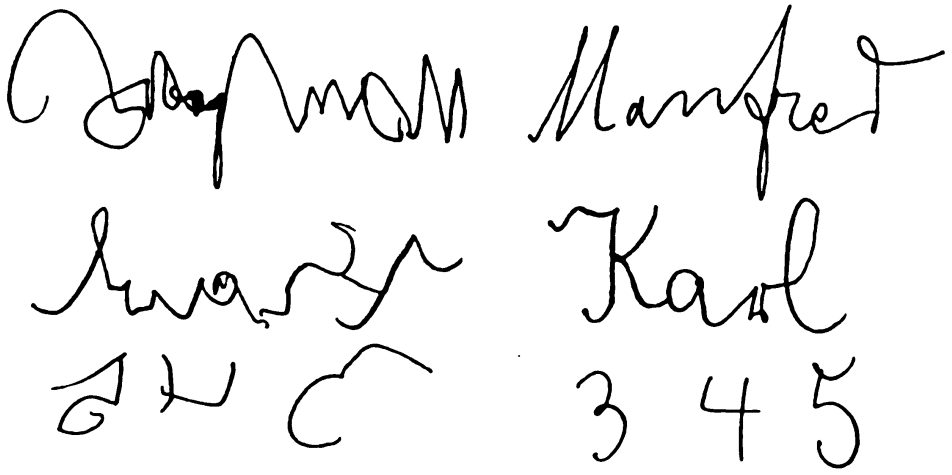
„Le rôle de l'Aphasie justement est de débarrasser l'écrit normal de la main gauche — écriture en miroir, de toutes les circonstances extérieures: de l'effet de l'éducation, du souvenir des caractères tracés par la main droite, du contrôle de la vue (cécité de l'écrit) et par suite de la volonté, pour ne laisser subsister que le souvenir de l'im-

1) Eine Ansicht, die übrigens durch Untersuchungen von Lochte exact widerlegt ist.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

pression des mouvements musculaires associé au souvenir de l'impression de l'image."

Ich bitte einen der Herren, sich mit zwei Federhaltern zu bewaffnen und die Hände neben einander angesetzt mit geschlossenen Augen, ohne besondere Anstrengung und Ueberlegung einige Namen und Zahlen zu schreiben. Betrachten Sie Ihre Leistung selbst, so finden Sie, dass Sie ohne jede Schwierigkeit Spiegelschrift geschrieben haben.



Schliesslich geben Nicolle und Halipré für die Entstehung der Spiegelschrift folgende recht bemerkenswerthe Erklärung, die ich Ihnen als letzte nicht vorenthalten möchte:

Es giebt im Gehirn 2 Centren, dem einen gehört die „Conception de la lettre avec sa forme classique" — „et un autre chargé de son extériorisation en signes graphiques".

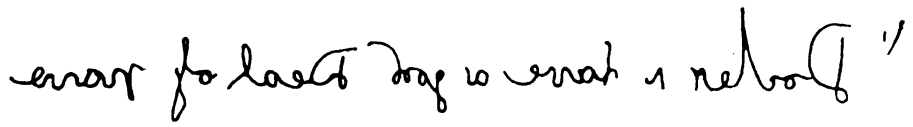
Gewöhnlich liegt das Centrum links, da man mit der rechten Hand schreibt; aber es muss rechts ein symmetrisches Centrum vorhanden sein, das nur inactiv bleibt. Wird durch irgend einen Umstand das linke Centrum unterdrückt, so wird das rechte es ersetzen, aber es wird der linken Hand dieselben Bewegungen dictiren, die das linke der rechten Hand dictirt hatte, und so wird Spiegelschrift entstehen. Der Kranke wird sehr leicht diese Schrift schreiben, sie aber nicht wieder lesen können.

Beim Copiren wird es ihm schwer zu schreiben, weil er seiner Gewohnheit entgegengesetzte Bewegungen machen muss; sobald er aber die Wortbedeutung begriffen hat, wird ihn das Centrum der „Extériorisation" leiten, er wird das Wort wieder aufnehmen und es schnell, aber Spiegelschrift schreiben und wird es dann sofort nicht mehr ver-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stehen, denn es ist seinem Perceptionscentrum (als Spiegelschrift) fremd.

So schrieb, wie Périer uns berichtet, ein 14jähriges, an starker Migräne und Erbrechen leidendes Kind, das nach einer linksseitigen Mittelohreiterung heftiges Nervenfieber, Chorea, nervöse Krisen, Convulsionen durchgemacht hatte, in Folge einer sich daran schliessenden rechtsseitigen Armlähmung und Sprachverlust schnell und geläufig mit der linken Hand Spiegelschrift, ohne sich scheinbar der Bizarrerie dieser Schreibweise bewusst zu sein:



(Dr. i. have a gode deal of paue).

So fühlte, wie Marinesco uns mittheilt, ein junger Hysterischer, der dauernd spontan Spiegelschrift schrieb — nach dessen eigenen Angaben — die unwiderstehliche Neigung dazu, der er gehorchen musste, da er so das Buchstabenbild in seinem Geiste vor sich sehe, so dass hier nur die eine Erklärung gelten kann:

l'écriture en miroir est la conséquence d'une pertubation de la vue mentale associée à une déviation constante dans la direction des mouvements nécessaires à l'écrit.

Der Ansicht Ballet's, der bei einigen Linksern die Spiegelschrift fand und sie nur für diese als normale Schrift hält, kann ich keineswegs beitreten. — Im Gegentheil schreiben Linkser am häufigsten normale Schrift, d. h. für uns alle verständlich und leserlich. — Und schrieben sie wirklich Spiegelschrift, so schrieben sie sie nicht, weil sie Linkser waren, sondern weil sie mit der linken Hand schrieben.

Und meine Herren, die Ursache hierfür ist auch sehr einleuchtend. Dass wir nicht alle links Spiegelschrift schreiben, hat folgenden Grund: Wenn wir schreiben, so haben wir eine Absicht, verfolgen wir einen Zweck, nicht um nur zu malen, sondern um unseren Gedanken eine Fassung zu geben, um uns verständlich zu machen. Aber das Schreiben, das Finden von Zeichen, die unsere Ideen ausdrücken, macht uns keine Anstrengung. So wie wir Worte finden, die die Gedanken offenbaren, so werden ohne Ueberlegung die Zeichen geschrieben, die die Gedanken verbildlichen. Anders beim Schreiben mit der linken Hand! Die Worte kommen gleich, die linke Hand versucht die Bewegungen zu machen,

---

1) Doctor, ich habe grosse Schmerzen im Rücken.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die diese Worte darstellen; es entsteht Spiegelschrift. Unser Auge wird davon betroffen. Es zeigt uns an, dass wir auf falschem Wege sind, es zeigt uns, dass, wenn wir die gleichen Bewegungen auch machen, das Resultat doch nicht dasselbe ist; denn wir haben die Hände gewechselt. Jetzt mühen wir uns, nicht die normale Bewegung zu machen, sondern wir controlliren mit dem Blick die Schrift. Bei der linkshändigen Schrift spielen also zwei Impulse mit: 1. die Gewohnheit veranlasst uns zu Bewegungen, die der rechten Hand entsprechen, es entstünde Spiegelschrift.

2. Das Verlangen, uns verständlich zu machen, durch anderen bekannte Zeichen unsere Gedanken diesen zu offenbaren, treibt uns zur richtigen Schrift. Wir schreiben also nicht Spiegelschrift in Folge der Gegencontrolle, da uns das Auge sagt: „Du machst Dich so nicht verständlich." Sobald wir die Augen schliessen und die linke Hand nicht controlliren oder mit beiden Händen schreiben, schreiben wir unwillkürlich Spiegelschrift. Je weniger intelligent der Mensch ist, je weniger im Schreiben geübt, je weniger deutlich das Bild der Buchstaben in seinem Gehirn, je weniger genau das Auge für diese eingestellt oder je mehr sich die Schrift der Augencontrolle entzieht, desto grösser wird bei ihm die Tendenz der Spiegelschrift sein. So fand Vogt bei mehreren hundert Kindern, bei den kleinsten, im Schreiben am wenigsten geübten, am häufigsten Spiegelschrift. So constatirte Durand, dass Intelligente nur sehr selten Spiegelschrift schrieben, bei mittelmässigen ca. 50 pCt.

Es ist demnach klar, dass wir, um gegen die Spiegelschrift anzukämpfen, gegen die normale Tendenz handeln müssen; um handeln zu können, muss man aber Wille und Kraft haben; Kindern fehlen diese beiden oft. Wir stellen uns vor unserem geistigen Auge das Buchstabenbild vor, so wie wir gewohnt sind zu schreiben, und malen so das Erinnerungsschriftbild nach. Bei mangelhafter, geistiger Vorstellungsfähigkeit, wo der „triebliche Wille" die Ueberhand gewinnt, wird es kommen, dass das Kind garnicht an das Erinnerungsbild denkt, sondern mit der linken Hand die der rechten entsprechenden Bewegungen ausführt, d. h. Spiegelschrift schreibt. Und schreibt der aphasische Rechtsgelähmte Spiegelschrift, wenn er gezwungenermaassen die linke Hand gebrauchte, so fehlt es ihm eben an Kraft, gegen den Trieb des „sens moteur" anzukämpfen (was aus verschiedenen Gründen, wie wir weiter unten sehen werden, nicht bei allen Aphasischen der Fall ist). Er schreibt dann eben maschinenmässig, nur nach dem Impulse der motorischen Bahn. Er kann keine Anstrengungen machen, sie zu bekämpfen, obwohl häufig das Auge den Fehler bemerkt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Meine Herren! Zwei Fragen drängen sich uns also sofort auf:

Ist die Spiegelschrift eo ipso die Aeusserung eines krankhaften Zustandes? — Die Antwort kann nur lauten: „Nein.“ Sie ist beim Kinde, wie wir gesehen haben, etwas Natürliches, und Sie selbst schrieben ja mit geschlossenen Augen Spiegelschrift. Man hat auch garnicht den Eindruck des Verkehrten, das werden Sie mir bestätigen können.

Im Gegentheil, es geht einem geläufiger von der Hand, ja ich kann Ihnen von meinen Versuchen, die ich an mir selbst vorgenommen habe, mittheilen, dass beim Schreiben mit beiden Händen das Umgekehrte, nicht Spiegelschrift zu schreiben, eher direct als Zwang empfunden wird, dem man nur mit aller Willenskraft widerstehen kann, ein Beweis mehr für den eminenten Werth des Auges als Controllapparat, wie ihn Gutzmann in seinem geistvollen Vortrag über „Compensation der Sinne“ auch für andere Sinne betont hat.

Die Antwort auf die zweite Frage:

War die Spiegelschrift eine Aeusserung krankhafter Störung bei unserem Patienten und kein zufälliger Befund?

Muss ich Ihnen im Moment schuldig bleiben. Und statt aller Antwort lassen Sie uns diesen zweiten gleichfalls rechtsgelähmten Patienten näher in's Auge fassen. Er kann in Folge seiner — kürzere Zeit zurückliegenden — Lähmung rechts mit der rechten Hand nur äusserst unvollkommene Schriftproben geben, er soll es wenigstens mit der Linken thun.

Meine Herren! Schon das ängstliche Gesicht des Patienten bei meiner Aufforderung zu schreiben fällt Ihnen auf. Hatte ich in dem ersten Falle absichtlich dem Patienten die eingetauchte Feder in die Hand gegeben, so habe ich ebenso absichtlich es bei diesem Patienten unterlassen. Sie finden ihn absolut hilflos dem Federhalter und dem Tintenfass gegenüber; er weiss scheinbar mit diesen Gegenständen nichts anzufangen und mit gutem Grunde sage ich: Er scheint überhaupt die Aufforderung gar nicht verstanden zu haben; und noch merkwürdiger wird sein Benehmen jetzt, wo er den Federhalter nach allen Seiten hin und her dreht und wie eine Cigarre endlich in den Mund führt.

Meine Herren! Sie werden sofort verstehen, der Patient ist apractisch — eine Erkrankung, die, wie Sie wissen, erst in allerjüngster Zeit von Prof. Liepmann aufgedeckt worden ist.

Meine Herren! Lassen Sie uns gemeinschaftlich diesen Patienten einmal untersuchen. Auf die Aufforderung: „geben Sie mir Ihre linke Hand“ sieht er mich gross an, greift nach dem Tintenfass, hebt es etwas hoch und setzt es dann wieder hin. Derselben Aufforderung kommt er mit seiner rechten ge-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lähmten Hand, so gut es eben geht, aber vollkommen exact nach. Ebenso wenig gelingt es ihm exact an sein Ohr zu fassen. Er hebt wohl die Hand hoch, macht auch mit den Fingern eine Greifbewegung, bleibt aber auf halbem Wege stehen. Noch eigenthümlicher und hülfloser werden seine Bewegungen bei der Aufforderung, den militärischen Gruss zu machen. Beobachten Sie nur meine Herren, wie unglaublich ungeschickt der Patient sich an- stellt, bis er aus der vorherigen Greifbewegung heraus, endlich seine Hand streckt, sie an seine Schläfe bringt, um schliesslich als Endresultat die gesammte Handfläche an die Stirn zu drücken. Statt mit diesem kleinen Stock, auf die Aufforderung, den Tact zu schlagen wie ein Kapellmeister, fährt er in der Luft hin und her und steckt schliesslich den Stock in den Mund. Gradezu abenteuerlich wirkt die Bewegung, die der Patient macht, bei dem Versuche zu drohen.

Erst betrachtet er seine Hand eine Zeit lang, krümmt dann sehr langsam die Finger bis auf Daumen und Zeigefinger und fährt ebenso langsam in dieser Haltung vor seinem Gesicht auf und ab. Ich mache ihm die Drohbewegung richtig vor. Er betrachtet mit gespannter Aufmerksamkeit meine Bewegung, vergleicht die Haltung meiner Hand mit der seinigen. Es fällt ihm auf, dass ich meinen Daumen auf die geschlossenen Finger gelegt habe. Langsam macht er es nach, doch eine exacte Drohbewegung kann er nicht ausführen. Die Patientin, die ich zum Vergleiche neben ihn gestellt habe, ist eine linksgelähmte, deren Schlaganfall einige Jahre zurückliegt. Sie hat schon in der linken Hand einige Bewegungsfähigkeit zurückgewonnen. Spielend leicht gehen ihr rechts sowohl wie auch links: drohen, an die Nase fassen, mir die Hand geben, von statten. Bei der ganz exacten und schnellen Ausführung des militärischen Grusses, huscht es wie ein Lächeln über ihr Gesicht, als ob zugleich mit dieser Bewegung ein Erinnerungsbild an frühere, glücklichere Zeiten in ihr wach würde. Während unser Rechtsgelähmte sich vergeblich abmüht, mir eine Kusshand zuzuwerfen, die Handfläche statt der Finger dabei an seinen Mund bringt, ohne die Lippen zu spitzen und dann mit der Hand langsam wieder herabsinkt, betrachtet er mit einem fast wehmühtigen Gesichtsausdruck, als ob er sich dabei der lächerlichen Figur bewusst würde, die er gemacht hatte, seine geschicktere Partnerin, die inzwischen diese Bewegung schon vier Mal ausgeführt hat. Ebenso ergeht es bei der Aufforderung aus der Erinnerung nachzumachen: wie man an eine Thür klopft, Drehorgel spielt, wie man Etsch macht, Fliegen fängt, klatscht, schwört, an einer Ziehklingel zieht, Geld zählt, zuwinkt, Priese nimmt etc. Mir eine lange Nase zu machen, ruft bei unserer linksgelähmten Frau einen kleinen Lacherfolg hervor. Sie führt dabei die Bewegung ganz exact aus, während unser Rechtsgelähmter mit der geballten Faust an der Nase herumfährt. Noch eine Bewegung: Beide sollen uns zeigen, wie man an die Stirn klopft, zum Beweise, dass man jemand als nicht ganz richtig im Oberstübchen hält. Die Linksgelähmte sieht uns bei der völlig exacten Ausführung mitleidig lächelnd an, als ob sie sagen wollte, dass es bei uns wirklich nicht ganz richtig sein muss, wenn wir solch törichten Bewegungen von ihr verlangen, der Rechtsgelähmte müht sich immer noch vergeblich und ängstlich seine Nachbarin betrachtend ab, die von ihr ausgeführte exacte Be-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wegung nachzumachen. Es will ihm nicht gelingen, diese „Tantalus"-Arbeit zu vollführen. Desgleichen missglückt ihm jedes Nachmachen von Bewegungen, wie knipsen, Faustmachen, Backen aufpusten, Stirn runzeln, sich einen Nasenstüber geben, klatschen, Hand auf den Kopf legen, Finger spreizen, Bewegungen, die der Linksgelähmten, man kann im Gegensatz dazu sagen, elegant und ohne die geringsten Schwierigkeiten gelingen. Noch einen letzten Versuch: Patient soll mit einer Reihe von Gegenständen hantieren: er greift z. B. den Hammer, besieht sich ihn von allen Seiten und legt ihn wieder fort. Er soll die Anwendung der Giesskanne zeigen: er nimmt sie am Henkel hoch, statt sie aber schräg zu halten um zu giessen, führt er sie an den Mund, als ob er aus ihr trinken wollte und bläst schliesslich in den Schnabel hinein. Ich reiche ihm die Kleiderbürste, er führt mit derselben auf dem Kopfe herum und zwar mit dem Holztheil auf den Haaren. Ich reiche ihm meinen absichtlich beschmutzten Rockzipfel hin. Nun meine Herren, etwas Merkwürdiges, seit einer Viertelstunde nicht Gesehenes tritt auf: er macht die vollkommene exacte Bewegung des Reinigens und putzt ganz folgerichtig, allerdings sehr langsam, meinen Rock ab.

Ich fordere ihn auf, auf das Couvert eine Marke zu kleben, er beleckt die Marke, aber auf der verkehrten Seite, legt sie mit festem Druck auf den Tisch, nimmt das Couvert hoch und legt es schliesslich auf die Marke. — Ich reiche ihm eine Cigarre und eine Streichholzschachtel: er steckt die Cigarre in den Mund, nimmt ein Streichholz, führt es ohne anzustreichen an die Cigarre, legt die Cigarre auf den Tisch, nimmt das Streichholz in die gelähmte rechte Hand, die Streichholzschachtel in die Linke — und statt der richtigen Streichbewegung leckt er an der Streichholzschachtel. Mit wachsendem Erstaunen hat unsere Linksgelähmte diese komischen Bewegungen mit angesehen; sie begreift kopfschüttelnd nicht, wie man solch einfaches Hantieren so schwerfällig, so komisch ungeschickt und schliesslich so falsch ausführen kann; und uns geht es kaum anders.

Der Patient versteht sicherlich nicht, was wir von ihm wollen; es handelt sich um gestörtes Wortverständniss; er ist von dem Schlaganfall so dement geworden, dass ihm die geistige Regung offenkundig abhanden gekommen ist: so will es uns scheinen. Und doch, meine Herren, hier trügt einmal der Schein. Diese Annahme des gestörten Wortverständnisses, so sagt Liepmann, war eben auch der Grund, weshalb man die „Apraxie" als solche nicht bisher erkannt und gewürdigt hat, zumal, wenn es sich um eine Combination mit Aphasie handelte. Wenn ein solch Aphasischer auf die Aufforderung des Drohens, des militärischen Grusses, eine falsche Bewegung macht, so ist das Nächstliegende und thatsächlich bisher Angenommene: falsches Wortverständniss. Und es ist ja in der That zuzugeben, dass Aphasische mit dem Verlust des Wortes und seiner motorischen Componente, unsicherer im Verstehen sind, als Normale. Doch es ist lange nicht in der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Häufigkeit und in dem Grade der Fall, wie es bei jeder verkehrten Ausführung einer Aufforderung a priori angenommen werden müsste. Ich will Ihnen das sofort an unserm Patienten beweisen, bei dem einmal, — doch das wäre nebensächlich, — eine ausgesprochene Aphasie zur Zeit garnicht mehr besteht. Bei meiner Frage — zur Prüfung seines Wortverständnisses — ob ein Hund bellen kann, nickt er bejahend, dagegen verneint er lachend die Frage, ob ein Stuhl bellen, ein Schutzmann fliegen, ein Mann schwanger werden kann. Und der Sinn für das Komische fehlt ihm keineswegs, wenn er auf meine Frage, ob ein „Droschkenkutscher" „Oberst" werden kann, laut auflacht und „niemals" antwortet, während er es bei einem Offizier bestätigt. —

Ferner sahen wir bei seinen Bewegungen, dass trotz aller falschen Endausführung, die Absicht zu denselben, ja sogar oft der Beginn derselben richtig waren und sich, um mit Liepmann zu sprechen, die Ausführung deutlich als die Verzerrung der geforderten Bewegung nachweisen liess.

Der Haupt- und dritte Grund jedoch war Ihnen m. H. gewiss schon selbst deutlich aufgefallen: Der Patient konnte ja auch vorgemachte Bewegungen nur eben so schlecht oder überhaupt nicht nachmachen, also auch wenn die Sprache bei der Verständigung garnicht mitwirkte. Die motorische Hilflosigkeit seiner linken Hand, die Mühe des Patienten, sich bei der Wahl des Fingers für den richtigen zu entscheiden, die bewegende Hand in die richtige Ebene zu bringen, die ängstlichen und doch falschen Nachahmungsversuche meiner vorgemachten Bewegungen, diese Hilflosigkeit, die doch weit mehr als die gewohnte Linkischkeit der linken Hand war, entsprach bei diesem Rechtsgelähmten mehr einer völligen Rathlosigkeit, „seine linke Hand hatte aufgehört, ein gehorsames und lenkbares Werkzeug des Besitzers zu sein (Liepmann)". Dass es sich nicht um eine sensorische Ataxie handelt, beweist sofort Folgendes: er führt bei geschlossenen Augen den Fingernaseversuch, wie Sie sehen, ganz exact aus; und die Art, wie er auf Aufforderung aus einem Gefäss Wasser trinkt, mir den Stock giebt, wie er mir den beschmutzten Stock richtig sauber bürstete, verscheuchen bei uns auch den letzten Zweifel eines bestehenden mangelhaften Verständnisses oder gar der Worttaubheit.

Besonders das Abputzen des Rockes beweist, dass er stärkerer Impulse, wie sie durch den Anblick des beschmutzten hingehaltenen Rockzipfels hervorgerufen werden, bedarf, um dann endlich einmal richtig zu agiren.

Ich kann Ihnen von einem Fall berichten, der eine theilweise, gemischte sensorische und motorische Aphasie hatte und der das vorge

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schriebene Wort „Feldzug“ nicht nachschreiben konnte, mir aber auf meine Frage, was denn eigentlich dieses Wort bedeute, wörtlich sagte: „ich kann das sehen, aber über den Kopf, wie es heisst, hinterher, das sieht aus, als ob es etwas vom Militär wäre.“ Desgleichen folgte ein Patient, der der Aufforderung zu winken nicht Folge leisten konnte, sofort, als ich ihn zu mir heran winkte. Ein Dritter konnte zwar nicht drohen, erklärte die Bewegung aber folgendermaassen: „das ist, wenn man nachher haut“. Alles dies dürfte ein strikter Beweis dafür sein, dass unter keinen Umständen mangelhaftes Verständniss oder gar Demenz vorliegt; und doch waren alle diese völlig und in jeder Beziehung apraktisch. Natürlich offenbarte sich bei einer anderen Reihe von Fällen ihre Apraxie erst bei complicirteren Bewegungen. So konnte eine ganze Serie von Patienten täglich gebrauchte Bewegungen, wie die beim Essen, Trinken, Eingiessen, Waschen, Kämmen etc., prompt auf Wunsch ausführen, ja sie konnten Gegenstände fest anfassen und auf diese Weise die Hand zur Faust krümmen; sie konnten unter dem sensiblen Reiz des Bissens die Zunge hin und her bewegen, während sie auf Befehl die Zunge nicht herausstrecken, keine Faust machen konnten, und andererseits oft sogar mit der gelähmten Hand, so gut es ging, aber folgerichtig Drohbewegungen mit der Hand ausführten. Anderen gelang es schliesslich auch, wenn man ihnen Gegenstände in die Hand gab, das Hantiren derselben mehr oder minder gut, weil hier der Gegenstand, das Object, ein mehr oder minder scharfes Erinnerungsbild weckte, in Folge des optischen, taktilen, kinästhetischen Eindruckes. Es war, als ob die Eindrücke in ein altes bekanntes Geleise hineinglitten. Sowie aber aus der Erinnerung, ohne jedes Object etwas gemacht werden sollte (z. B. markiren wie man an eine Thür klopft, wie man einen Nasenstüber giebt, wie man Leierkasten spielt, wie man Fliegen fängt etc.), da versagen sie ebenso wie alle anderen, im schroffen Gegensatz zu den Linksgelähmten, die mit den geringen Resten von Beweglichkeit in ihrer gelähmten Linken verlangte Bewegungen aus der Erinnerung geradezu geschickt und elegant ausführten; ja selbst eine Moribunde reagirte auf Aufforderung noch mit den promptesten Bewegungen.

Meine Herren! In der Absicht, jenes Krankheitsbild vor Ihren Augen quasi entstehen zu lassen, habe ich bisher von allen theoretischen Betrachtungen abgesehen und bin Ihnen so die Erklärung dafür schuldig, was nun eigentlich bei den Patienten vorliegt, nachdem ich bisher immer nur mit dem Wort Apraxie operirt habe. Meine Herren! Wer wie ich Gelegenheit gehabt hat, täglich den geistvollen Auseinandersetzungen und interessanten Untersuchungen Prof. Liepmann's beizu-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wohnen und Schritt für Schritt das tiefere Eindringen in das Dunkel dieser Erkrankung zu verfolgen, aus dem Nichts einer Diagnose wie Demenz, Status apoplecticus etc. dieses Krankheitsbild entstehen zu sehen, wird begreifen, dass ich einen Theil meiner Dankesschuld an Prof. Liepmann dadurch abzutragen suche, dass ich nach meinen Kräften zur Verbreitung seines Werkes in weitere Kreise beizutragen und den weiteren Ausbau seiner Lehre auf Basis seiner schöpferischen Anregungen weiter auszugestalten strebe. Nachdem man, mit Staunen möchte ich sagen, in eine bisher verschlossene Welt eingedrungen war, nachdem man an Wesen, die man bislang für geistig todt gehalten, mehr oder minder deutliche Zeichen des Geistes verspürt hatte, nachdem man gesehen, dass auch diese Aermsten der Armen Gedanken zu Zeichen und Zeichen zu Gedanken verarbeiten konnten, dass eine gewisse Auffassungsmöglichkeit auch bei ihnen vorhanden, dass ihre geistige Minderwerthigkeit garnicht so bedeutend war, wie es im Beginn der Uebungen durch falsche, das Gesammtbild störende Bewegungen erscheinen musste, — lag die Definition der Erkrankung klar auf der Hand: es handelt sich bei ihnen lediglich um eine Störung in der Fähigkeit, intacte elementare Muskelactionen zu höheren Zweckcomplexen zusammen zu ordnen, und so hat Liepmann die Apraxie: „die Aphasie der Extremitäten" genannt. Es ist darunter also zu verstehen: die Unfähigkeit bei erhaltener Beweglichkeit zu handeln, das Unvermögen, den Zweck, das Gewollte durch Bewegungen zu verwirklichen, kurz: an und für sich bewegliche Körpertheile zweckmässig zu bewegen. Nicht der Bewegungsunfähige, der Paretische mit gröberen motorischen Störungen, ist apractisch, sondern im Gegentheil, der Patient muss an und für sich, wie wir gesehen haben, links völlig bewegungsfähig sein. Es kann nur sein linker Arm Stellung und passive Bewegungen nicht nachahmen. Die centripetalen Erregungen, die vom rechten Arm in dessen corticales Centrum (linke Hemisphäre) gelangen, werden dem corticalen Centrum des linken Armes (rechte Hemisphäre) nicht zugetragen — resp. das Centrum des linken Armes kann sie nicht verwerthen; es findet die Weiterleitung vom Armcentrum nach der übrigen Hirnrinde, insbesondere zu der der anderen Hemisphäre nicht statt. Bei der Aufforderung zu drohen gelangt wohl das Verständniss der Aufgabe im linken Schläfenlappen zum Bewusstsein und zur Innervation, auch das entsprechende Bild wird im linken Hinterhauptslappen geweckt — denn der Patient machte es ja trotz seiner gelähmten rechten Hand mit dieser zuvörderst — ja auch in der rechten Hemisphäre werden die kinästhetischen Componenten des Begriffes „Drohen" geweckt, nur gelangt der schliesslich nothwendige Reiz, die Erregung

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht in das rechte sensomotorische Gebiet des linken Arms — oder sie entgleist wenigstens zu falschen Bewegungen.

Wenn nun also Linksgelähmte, soweit es überhaupt geht, mit ihrer linken, gelähmten Hand selbst folgerichtige Bewegungen machen können — von der rechten als selbstverständlich ganz zu schweigen — während eine Serie Rechtsgelähmter, wie Sie gehört haben, mit der rechten, gelähmten Hand noch Bewegungen ausführen können, jedoch mit der linken nicht befallenen Hand gar keine, oder nur falsche entgleiste oder unvollkommene Bewegungen auf Aufforderung machen, so muss nothgedrungen ein Etwas zu Ungunsten der rechten Hemisphäre, in der Anlage bereits vorhanden sein; es muss die rechte Hemisphäre in einer gewissen Abhängigkeit von der linken stehen, wenn ein linksseitiger Herd auch die rechte Hemisphäre in Mitleidenschaft zu ziehen vermag. Meine Herren! Verweilen wir einen Augenblick bei dieser Betrachtung und hören wir, welche Schlüsse Prof. Liepmann daraus zieht: „Ein Theil dessen, was die linke Hand „kann", ist nicht Eigenbesitz der ihrer Motilität vorstehenden rechten Hemisphäre, sondern ist ein Besitz, welcher der linken Hemisphäre entliehen ist.

Das rechtsseitige Handcentrum, wie es alle höheren Leistungen meist zeitlich nach dem linken erlernt hat, bleibt zeitlebens in einer gewissen Abhängigkeit von der linken Hemisphäre. Hier werden nicht nur diejenigen Compositionen hergestellt, welche den beiderseitigen Mund-, Zunge-, Gaumenmuskeln ihre Thätigkeit, die man „Sprechen" nennt, vorschreiben, sondern auch — wenn auch in erheblich geringerem Umfange — die Directiven, die beiden oberen Extremitäten für das Handeln zufliessen.

Dass die Erscheinung mit der vorwiegenden Erlernung gewisser Bewegungen mit der rechten Hand in Zusammenhang steht, dürfte ausser Zweifel sein. Namentlich die Ausdrucksbewegungen Drohen, Kusshandwerfen etc. werden meist rechts gemacht. Immerhin ist jeder von uns jeder Zeit in der Lage, mühelos die betr. Bewegungen links auszuführen. Es ist daher überraschend zu sehen, dass die rechte Hemisphäre für sich allein nicht im Stande ist, einen prompten Vollzug zu gewährleisten, dass sie dauernd in Abhängigkeit von der linken bleibt. Noch erstaunlicher ist es für jene Manipulationen, die wir häufig genug links machen: Klingeln, Fliegenfangen, Klopfen etc. Am überraschendsten bleibt es, dass eine Minderheit auch an den Objecten falsch manipulirt.

Worin unterscheidet sich unser Ergebniss von dem, was wir längst wissen: dass die Mehrzahl der Menschen (95½ pCt.) Rechtshänder sind? In Folgendem: „die Rechtshändigkeit besagt, dass die rechte Hand vieles

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kann, was die linke nicht kann. Unsere Ergebnisse zeigen, dass auch das, was die linke Hand kann, zum grossen Theil nicht ihr (resp. der rechten Hemisphäre) Besitz, sondern ein von der rechten Hand (resp. linken Hemisphäre) Entlehntes ist." So kommen wir denn nothgedrungen zu dem Schluss, dass das rechtshirnige Centrum der linken Hand zeitlebens im gewissen Maasse auf die Führung der linken Hemisphäre angewiesen bleibt, und dass die linke Hemisphäre nicht nur beim Sprechen, sondern auch beim Handeln die Führung hat, dass der Eigenbesitz der rechten Hirnhälfte an Bewegungserinnerungen dürftig und unselbstständig bleibt, dass die rechte Hemisphäre also den niederen Centren sehr nahe steht.

Unser apraktischer Patient hat richtig verstanden, hat auch richtig das gewünschte Gesammtbild in Theilverständnisse zerlegt, aber die Ausführung desselben ist gestört. So konnten Sie, meine Herren, bei einzelnen Bewegungen beobachten, dass bei dem Patienten die Theilacte selbst innerlich, innervatorisch correct sind, nur die Composition einer in viele solche Theilacte zerfallenen Handlung wird fehlerhaft und versagt. Dass bei dem Patienten die für diese Theilacte nothwendigen einzelnen Vorstellungen ebenso wie die Hauptvorstellung als Schlussbild vorhanden sind, hat er uns dadurch bewiesen, dass er z. B. beim Drohen oder beim Kusshandwerfen das eine Mal die Finger richtig krümmte, das andere Mal sie ausstreckte und sie an die Lippen brachte, also zur Bewegung richtig ansetzte. Bei der Gesammtausführung jedoch, d. h. bei der Innervation, wo der motorische Gesammtact aus diesem ideatorischen Process heraus und ihm entsprechend vor sich gehen soll, da versagt die Kraft und es entsteht eine unpassende Bewegung.

Und dass bei ihm ein Mangel an Kraft, ein Mangel an ausreichend starkem Reiz, eine Schwäche des schliesslich nothwendigen Impulses oder, wie wir gleich sehen werden, eine Störung der Zuleitung vom linken zum rechten Hirn (als Versorger der linken Hand) besteht, wird keineswegs dadurch widerlegt, dass den Patienten der gleichen Gruppe der Apraxie viele Bewegungen gelingen. Denn dies sind häufiger geübte Bewegungen, die um so fester haften und um so leichter sich immer wiederholen lassen, als das optische und akustische Erinnerungsbild uns in der Ausführung behilflich ist. Das sind alte, ausgefahrene, erhalten gebliebene Geleise, in denen sich die linke Hand des Apraktischen bewegt, im Gegensatz zum Misslingen von Bewegungen, die rein aus der Erinnerung heraus, wie z. B. das „Markiren lassen" geschehen sollen oder die complicirterer Natur sind.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Meine Herren! Schnell einen Blick auf die Statistik[1]) der Liepmann'schen Apraxie überhaupt.

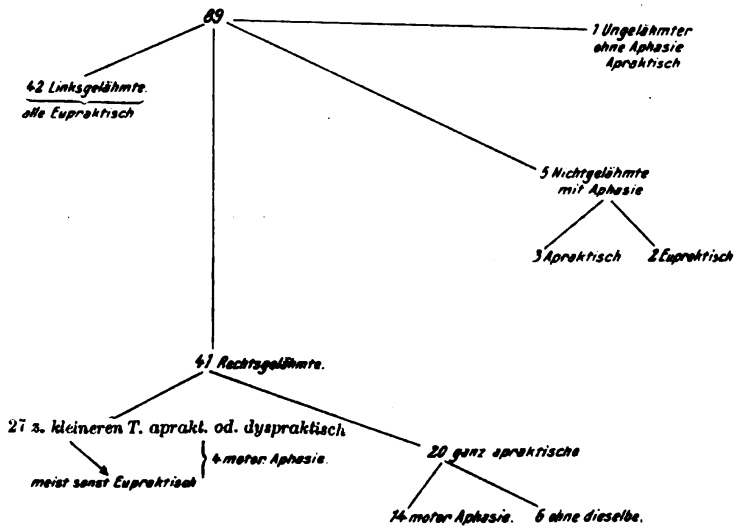
Von 89 Gelähmten waren 42 Linksgelähmte, bei denen fast alle Bewegungen wie am Schnürchen gingen, bei denen die Untersuchung sich spielend leicht und schnell erledigte, trotzdem auch unter diesen zum grössten Theil recht Alte, Senile und Demente sich befanden.

Von den restirenden 41 Rechtsgelähmten sind als völlig apraktisch 20 zu bezeichnen, und unter diesen 20 sind 14 mit schweren Sprachstörungen motorischer Natur behaftet.

Von den übrigen 21 fiel ein kleiner Theil noch durch sehr unsichere, langsame, ungeschickte, zum Theil fehlerhafte und unpräcise Bewegungen auf, während der Rest eupraktisch zu nennen ist. Vier von diesen wiesen Sprachstörungen auf, und zur ersten Gruppe dieser 21 gehören eben jene 4 mit ähnlichen Sprachstörungen motorischer Natur wie jene 14.

Es bleiben noch 6 Patienten, von denen einer ohne Lähmung und Aphasie völlig apraktisch ist; unter 5 Nichtgelähmten mit Aphasie, als Zeichen des linksseitigen Herdes — zeigten 3 fehlerhaftes Manipuliren mit Objecten als Ausdruck der Apraxie. Drei Fälle von sensorischer Aphasie, bei denen also die Läsion in dem hinter den Centralwindungen gelegenen Hirntheil, im Uebergang vom Schläfen- zum Scheitelhirn angenommen werden muss, konnten gut oder wenigstens ziemlich gut nachmachen.

Graphisch stellt sich das also folgendermaassen dar:



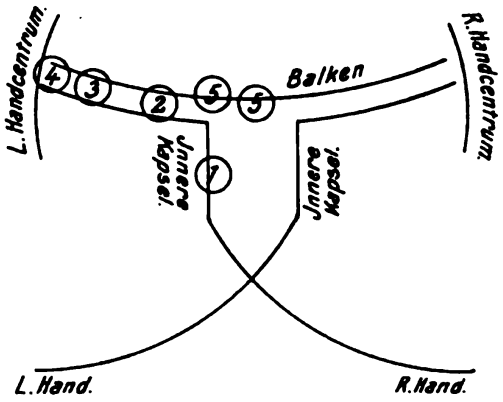
1) Aus der Siechenanstalt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Und es fällt Ihnen, meine Herren, sofort das immerhin Ueberwiegen der Apraxie verbunden mit aphasischen Störungen auf, wenn auch, wie die 6 Apraktischen ohne Aphasie beweisen, ein Zusammenhang nicht unbedingt nöthig ist.

Meine Herren! Ich will Ihnen nun nicht länger das Interessanteste unserer Betrachtung vorenthalten: Die Frage nach dem pathologischen Bild der Apraxie.

Und ich glaube, dass besser als langathmige Ausführungen dieses kleine Schema Sie aufklären wird.



Anmerkung. Herd 1. Befällt innere Kapsel links: also rechte Hand gelähmt, linke Hand bleibt intact.

Herd 2. Höher gelegen, trifft Hand- und Balkenfasern: Lähmung der rechten Hand, Störung der linken Hand.

Herd 3. Desgleichen.

Herd 4. Desgleichen.

Herd 5. Treffen nur Balken, rechte Hand nicht gelähmt, doch, da die Verbindung zwischen rechts und links unterbrochen ist, Störung der linken Hand.

Liepmann nimmt also an, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle um die Durchtrennung der Markfaserung im Centrum semiovale handelt, wodurch gleichzeitig die Projectionsfasern zu den rechten Extremitäten und die Balkenfasern zum rechtsseitigen Sensomotorium der linken Hand unterbrochen werden. Und es ist für ihn ausser allem Zweifel — was Ihnen obige Skizze auch deutlich zeigt —, dass die Mitverletzung resp. die Verschonung der Balkenfasern von weittragendster Bedeutung ist, da die Extremitätenbahnen vom Abgange von der Rinde aus sich innigst mit den Balkenfasern mischen, während sie sich von denselben beim Eintritt in die innere Kapsel isoliren.

Aus dieser Anschauung resultirt auch seine grob anatomische Ein-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

theilung in suprakapsuläre — Extremitäten- etc. und Balkenfasern treffende Läsion — und kapsuläre Herde, eine Trennung, die auch diagnostisch durch die vorwiegende Begleiterscheinung der Aphasie gestützt wird (s. Statistik). Und die bisher vorliegenden Autopsien haben diese Annahme von der Bedeutung der Balkenfasern vollauf bestätigt. In allen vier Fällen, die bisher zur Section gekommen sind; war die Rinde der Centralwindungen nicht afficirt, die totale Lähmung durch Markläsion bedingt, in zwei Fällen war der Balken selbst schwer betroffen.

Wenn ich noch einmal an der Hand der gegebenen Skizze recapituliren darf: das rechtshirnige Armcentrum befindet sich in dauernder Abhängigkeit vom linken; das letztere verdankt seine Rolle als Führer und Herrscher des rechten der Vermittlung der Balkenfasern. Trifft ein Herd das linke Armcentrum oder seine Projectionsfasern zusammen mit den Balkenfasern, so wird neben der Lähmung des rechten Armes das rechtshirnige Armcentrum (linke Hand) dieser Führung beraubt. Dasselbe tritt ein bei Affection von Kapsel und Balkenkörper.

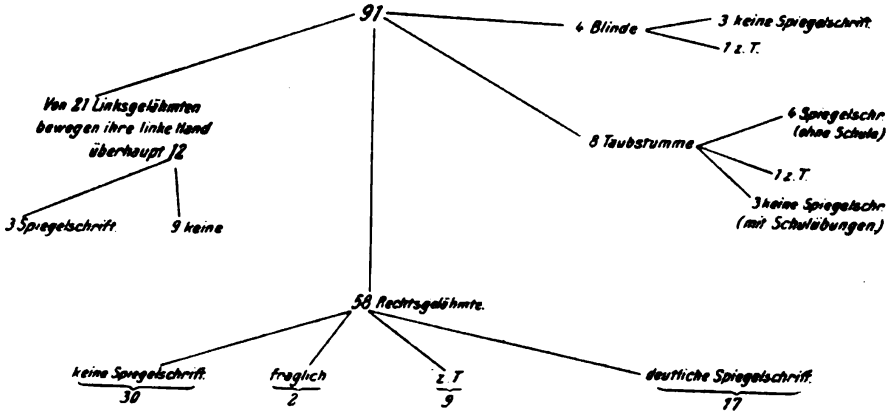
Sitzt ein Herd nur im Balkenkörper (c. g. s.), so entsteht links Dyspraxie aus gleichem Grunde ohne nothwendige Lähmung der rechten Hand.

Wenn die Läsion nicht im Rindencentrum liegt, sondern in den Leitungsbahnen der inneren Kapsel, so folgt daraus, wie ein Blick auf die Skizze Sie lehrt, nothwendiger Weise, dass die davon Betroffenen links eupraktisch bleiben werden, da ja unberührt bleiben die die beiden Hemisphären verbindenden Balkenfasern, die von der gesammten Hirnrinde aller Regionen aus sich zusammenschliessen und ansammeln, um als Balken zur andern Seite zu gelangen, nach denselben Gegenden der rechten Hemisphäre wieder auszustrahlen.

Meine Herren! Nach dem eben Gesagten werden Sie gewiss verstehen und ahnen, welche Beziehungen ich zwischen den Fällen mit Spiegelschrift und Apraxie gern herstellen möchte. Aber auch hier ist der Wunsch der Vater des Gedanken, zumal mein Material zu gering und zu einseitig sein dürfte, um daraus bindende Schlüsse zu ziehen. Andererseits wäre es von Wichtigkeit, festzustellen, ob bezüglich der Spiegelschrift zwischen kapsulären und suprakapsulären Herden ein Unterschied besteht. Jedoch sind nur, nach Liepmann, die ursprünglichen Schriftleistungen in den ersten Monaten nach der Erholung vom Insult direct beweisend, nicht die Produkte, welche die Hand nach längerer Uebung liefert, — und leider verfüge ich nicht über so frisches Material. Immerhin glaube ich jedoch mit einem gewissen Recht Ihnen meine diesbezüglichen Befunde nicht vorenthalten zu dürfen.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Meine Herren! Lassen Sie mich auch hier schnell graphisch das Ergebniss der linksseitigen Schreibübungen aufzeichnen.



Vergleichen Sie diese Tabelle mit der der Apraxie. Es liefert, wie ich Ihnen aus den Untersuchungen mittheilen kann, das Hauptcontingent der 30 frei von Spiegelschrift — jene 21 im Allgemeinen Eupraktischen, der Rest — 28 — unserer Rechtsgelähmten mit Spiegelschrift — ich habe noch ca. 17 Patienten der Reihe hinzugefügt, von denen 11 Eupraktisch, 6 Apraktisch zu nennen sind — gehörte zum grössten Theil der Gruppe der Apraktischen an, nur eine verschwindend kleine Zahl der Aprakten schrieb nicht Abductionsschrift, darunter schrieben 2 bei der ersten Untersuchung noch deutlich Spiegelschrift; 14 Tage später jedoch Adductionsschrift; wie sich herausstellte, hatten Zimmergenossen mit ihnen geübt.

Wir müssen annehmen, dass das Kind, ebenso wie es Zweckbewegungen durch Uebung, auch die Schrift durch Uebung so lernt, dass sich sowohl im linken Sensomotorium als auch im rechten das Erinnerungsbild von Bewegung und Schrift etablirt, mit dem einen Unterschiede einer geringeren Schärfe im rechten Sensomotorium, welches aber immerhin einen kinetischen Eigenbesitz enthält.

In Folge seiner Abhängigkeit vom linken Sensomotorium, wird der Hauptstrom[1]) von Erregungen aus dem Gesammthirn über das linke Sensomotorium durch den Balken seinen Weg zu ihm nehmen; nur ein Nebenstrom[1]) wird direct zum rechten Sensomotorium gehen.

Fällt nun der Einfluss des linken Hauptstromes z. B. durch Unterbrechung infolge eines Balkenherdes fort, so wird wohl der Nebenstrom dem rechten Sensomotorium noch Reize übermitteln, jedoch die

1) Graphisch stellt Liepmann diese Wege anschaulich folgendermaassen dar:

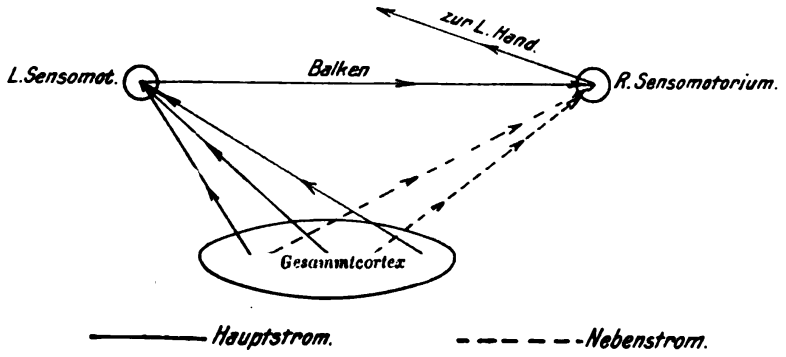
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Actionsfähigkeit der linken Hand — des Führers beraubt — wird bedeutend beeinträchtigt sein, und dieselbe wird nur Unvollkommenes leisten können.

Wie das rechtsseitige Rindencentrum der Sprachmuskeln allein für sich wohl im Stande ist, die zugehörigen Muskeln zu innerviren, aber die Zusammensetzung der niedrigen Einzelinnervationen zum Wort erst von der dominirenden linken Hemisphäre empfängt, so bedarf das rechte Centrum auch bei Zweckbewegungen, um sie zu einem vollständigen Ganzen zu gestalten, erst der Leitung des linken, und so ergeht es auch bei der Schrift.

Wie ein ahnungs- und urtheilsloses Kind die mütterliche Führung anfangs nicht entbehren kann, um aus dem apraktischen Zustande zur Eupraxie — zum Richtighandeln zu gelangen — so ergeht es dem rechten Centrum auch, und derselbe Einfluss geht auch bei der Schrift vor sich. Angewiesen auf die Entwürfe und Weisungen der linken Hemisphäre — eine Ueberlegenheit, die offenbar aus der vorwiegenden Uebung der rechten Hand resultirt —, und unter ihrer Leitung wird auch das rechte Sensomotorium im Stande sein, der linken Hand einen motorischen Impuls zu senden, sodass sie die richtige lesbare allgemein verständliche Buchstabenform producirt. Auf sich selbst gestellt kennt die rechte Hemisphäre nur die grobe Zeichnung der Buchstaben, wie sie in den Erinnerungsbildern lagert, und da diese Spiegelbewegungen sind, so wird daraus nothgedrungen Spiegelschrift resultiren müssen.

Unser erster Kranke schrieb also Spiegelschrift, weil er — durch Balkenfaserläsion der Leitung der linken Hemisphäre beraubt — ohne den Umweg über das linke Sensomotorium, nur das Ueberbleibsel des Buchstabenbildes in seinem rechten Sensomotorium flott machen konnte.



Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die kinetischen Vorstellungen der linken Handzone des linken Sensomotorium sind also nicht nur für unser Handeln, sondern auch für unsere Schrift von weittragendster Bedeutung; und der Complex von Richtungsvorstellungen, den das optische Bild eines Buchstabens ausmacht, wird wesentlich von Innervationserinnerungen des linken Sensomotoriums gestützt. Wird der Connex zwischen dem optischen Bilde und dieser linksseitigen Innervationserinnerung zerrissen, so gelingt die Ueberwindung der Tendenz zur Spiegelschrift nicht mehr, es gelingt nicht mehr die Umsetzung in adductive Innervation der linken Hand. Einen anschaulichen Beweis für diese Thatsache bietet mein folgender Fall: Eine rechtsgelähmte Apractische kann keine lateinischen, nur deutsche Buchstaben schreiben. (Lesen kann sie beides.) Die Aufgabe für sie lautet, das Wort „**Paris**", in welchem r und s für sie verständlich deutsch, die andern Buchstaben lateinisch geschrieben sind, nachzuzeichnen. — Das Wort und seine Bedeutung verstand sie.

Sie malt die ihr unbekannten lateinischen Schriftzeichen einfach sklavisch nach, so wie sie einen Kreis oder ein Kreuz nachzeichnen würde, die beiden deutschen Buchstaben jedoch sind als optisches Erinnerungsbild in ihrem rechten Sensomotorium noch haften geblieben, und so schreibt sie, wie Sie sehen, diese beiden in Spiegelschrift:



Wir müssen also annehmen, dass beim Schreibenlernen wir durch das Buchstabenbild Schreibbewegungsvorstellungen im linken Hirn wecken, die gleichzeitig in der rechten Hemisphäre mitgeübt werden.

Hier lagern also dieselben, auch nach Abtrennung der rechten von der linken Hemisphäre, jedoch hat die Lebhaftigkeit des optischen Bildes des Schriftzeichens dadurch so bedeutend gelitten, dass es dem Patienten nur noch als Signal dient, um die alte (abductive) Schreibbewegungsvorstellung im Motorium der linken Hand — wie sie fix und fertig daselbst lagert, auszulösen — dagegen kann er nicht mehr sinngemässe Innervationen, gemäss dem richtigen Buchstabenbilde dem Motorium zusenden, und er schreibt demnach abductive oder Spiegelschrift.

Meine Herren! Dieses Beispiel könnte ich um ein Beträchliches vermehren! Die Beobachtungen haben eine Fülle von Material, eine Fülle von unzähligen der interessantesten Variationen ergeben, dass es geradezu verführerisch und verlockend für mich ist, den Gedanken der

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beziehung zwischen Apraxie und Spiegelschrift weiter auszuspinnen, um etwa eine anatomische Grundlage dafür zu schaffen. —

Doch ich will mich bescheiden und Berufeneren das Feld räumen; ich will mich nicht in theoretische Betrachtungen verlieren.

Ich will vielmehr die Frage zu beantworten suchen, die uns alle, meine Herren, nach den bisherigen Auseinandersetzungen auf's intensivste beschäftigen muss, die quasi die Nutzanwendung all' des bisher Gesagten und Beobachteten enthält: die Frage: Giebt es denn nun keine Möglichkeit, diesem ungeheuerem Mangel, der in dem Brachliegen der rechten Hirnhemisphäre beruht, abzuhelfen? Kein Mittel jene sklavische Abhängigkeit der linken Hand von der rechten zu bannen und aufzuheben?

Kein Weg die uns behemmenden Ketten abzuschütteln?

Kommt uns von nirgend her eine Hülfe, uns von diesem unwürdigem Joch zu befreien, das uns ein böses Geschick in jener minderwertigen Entwicklung der rechten Hemisphäre auferlegt zu haben scheint?

Meine Herren! Das böse Geschick sind wir selbst, die wir mit Unverstand an Althergebrachtem kleben, die wir in unserer Bequemlichkeit und Nachlässigkeit nicht die Kraft haben, jenen Ballast von uns zu werfen! Denn der Winke von seiten der allgütigen Mutter Natur hat es nicht gefehlt bis auf den heutigen Tag!

Hier unsere Patienten lehren es uns hundertfach, jeder Tag zeigt es uns von neuem, jedes Thier löst uns das Rätsel, das uns als ein Buch mit 7 Siegeln scheint.

Die Antwort lautet: Uebe Deine linke Hand! —

Dass es überhaupt Linkser giebt, ist nicht schon das ein Wink der Natur, ein Beweis für die Möglichkeit dass die linke Hand das Gleiche zu leisten vermag wie die Rechte!

Und wir, meine Herren, bezeichnen, ich möchte sagen in voller Verblendung und Verkennung dieser natürlichen Anlage, diese Menschen als „Linkspatsch" etc.

Durch ausschliessliche Uebung unserer rechten Hand, durch Verkümmerung unserer linken Hand als Stiefkind, haben wir es dahin gebracht, dass das linke Gehirn die dominierende Stellung schliesslich einnimmt, dass hier alle lebenswichtigen Centren, die uns erst zu Menschen machen, lagern, während, wie wir sehen, die rechte Hemisphäre auf das niedrige Niveau eines Anhängsels, eines niedrigen Centrums herabgedrückt wurde.

Wir wissen, dass — mit geringsten Ausnahmen — das Sprachcentrum nur einseitig links liegt. Sie haben an unseren Fällen gesehen, meine Herren, dass sich der Kreis der Leistungen, die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

allein der linken Hemisphäre gehören, noch bedeutend vermehrt; dass sie alles regirt, unser Handeln, unser Denken, unser Schreiben. Ohne sie sind wir eingekerkert, das zeigen uns unsere armen Kranken – ein Schlaganfall, eine Verletzung, der jene linken Centren trifft und wir sind ein unnützer Ballast geworden, so wie jetzt unser rechtes Gehirn es ist. —

Und doch, meine Herren, giebt es ein Mittel, uns aus dieser Einseitigkeit und von dieser gefährlichen Herrschaft zu befreien.

Eines Zauberwortes bedarf es nur, um unser rechtes Gehirn aus langem Schlummer zu wecken: „Uebe deine linke Hand". Soll dieser Mahnruf ungehört verschallen?

Meine Herren! Ich würde meine Aufgabe nicht vollständig gelöst haben, wollte ich Ihnen die Erfolge verschweigen, die man bisher an Patienten durch solche Uebungen erreicht hat. Ich begnüge mich mit einigen wenigen Hinweisen.

Da ist zuvörderst der erste Fall Liepmann's — jener 48jährige kaiserliche Regierungsrath — an dem Liepmann überhaupt erst Aufschluss über die Eigenthümlichkeit der Apraxie erlangte.

Er wurde bis zur Liepmann'schen Entdeckung als völlig dement, imbecill, unheilbar geisteskrank der Irrenanstalt überwiesen; während er nach Liepmann sich nur mit seiner rechten Extremität so verhielt, als wäre er tief blödsinnig, als könne er weder Bedeutung von Gegenständen noch Sinn von Gedrucktem verstehen, als erfasse er weder Fragen noch Aufforderungen, dagegen mit der linken Hand durch sinnvollen Gebrauch derselben bekundete, dass alle jene scheinbar fehlenden Fähigkeiten bei ihm doch vorhanden sind, dass er nicht dement, nicht imbecill war.

Meine Herren! Ein Schauer erfasst einen bei dem Gedanken, was der Kranke gelitten haben muss, sich so in einer Irrenanstalt lebendig begraben zu sehen, weil seine Art der Erkrankung uns völlig unbekannt war.

Und so hören Sie auch (S. 64, Liepmann's Apraxiefall) über den weiteren Verlauf:

Der Kranke, der bisher viel geweint hatte, psychisch tief deprimirt war, konnte nun die Benutzung der linken Hand durch Uebung vervollkommnen:

Wie stolz klingt das einfache Wort Liepmann's:

„Mit der blossen Feststellung des Befundes war dem Kranken und seinen Angehörigen ein grosser Dienst erwiesen. Es war damit der Weg für Willens- und Meinungsäusserungen eröffnet, der Rapport zwischen dem Patienten und seiner Umgebung hergestellt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Kranke ist jetzt in gleichmässiger Stimmung. Die häufigen, unzweckmässigen Mitbewegungen der rechten Hand haben aufgehört, ebenso zeigen Kopf, Augen und Mund nicht mehr die lebhafte Action, durch die er früher den Eindruck eines Wahnsinnigen machte. Eine Reihe täglicher Handlungen hat er gelernt. Er ist durch häufigere Benutzung der linken Hand weniger hülflos geworden. Es war Anstaltsbehandlung nicht mehr erforderlich und er konnte zur Familie entlassen werden."

Meine Herren! Die Beurtheilung der Grösse des hier geleisteten Dienstes überlasse ich Ihnen.

Ich erwähne ferner Bernhard's Hinweis in seiner Arbeit in Virchow's Archiv:

Selbst bei absoluten Zerstörungen der linken Sprachbahn kann ein Ausgleich in Bezug auf die Besserung bezw. Wiederherstellung des Sprachvermögens eintreten, insofern die rechte Hirnhälfte, entweder spontan oder durch Erziehung beeinflusst, die Thätigkeit der ihrer Function verlustig gegangenen linksseitigen Region übernimmt, und dass man in Folge dessen die Pflicht habe, von Beginn an auch bei gesunden Kindern darauf zu achten, dass sie namentlich ihre linke obere Extremität ebenso gebrauchen lernen und für die verschiedenen Verrichtungen einüben wie die rechte, um so, wie er sagt, die vorwiegende Linkshirnigkeit in eine Doppelhirnigkeit umzuwandeln.

Ich citire Ihnen Gutzmann's Ansicht darüber, die er in der „Behandlung der Aphasie" ausspricht:

„Ich habe in allen mir zur Behandlung gekommenen Fällen von Aphasie die systematische Einübung der linken Hand für Schreibbewegungen vorgenommen, mit Ausnahme der Fälle, wo bereits durch längeres Bestehen des Uebels und dauernde Lähmung der rechten Hand die Benutzung der linken zum Schreiben vorher angewöhnt war. In der Beschreibung im Archiv für Psychiatrie findet sich ein Beispiel für den auffallenden Parallelismus zwischen der Besserung der Articulationsfähigkeit und der Besserung der Schreibfähigkeit der linken Hand, was natürlich nicht als Beweis für die erwähnte Therapie, sondern höchstens nur zu ihrer Illustration dienen kann. Durch gleichzeitige Schreibübungen wird aber auch das Gedächtniss für die Lautfolge durch das Auge unterstützt. Oft gelingt es nicht, ein Wort selbst durch das eifrigste Ueben vor dem Spiegel und Benutzung aller Hülfsmittel momentan herauszubringen, während es nach einigen vorhergegangenen Schreibübungen leichter gelingt, auch ohne dass etwa dabei Schreibbewegungen oder Aehnliches, wie in dem bekannten Grashey'schen Falle gemacht werden. Es unterstützt eben hier eine Association die andere."

Und weiter unten:

Sodann wurden mit den geschilderten Articulationsübungen Schreibübungen mit der linken Hand verbunden. Die theoretische

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Begründung dieser Therapie geht auf Broca zurück, der die Rechtshändigkeit der meisten Menschen mit der Linkshirnigkeit in enge Beziehung gesetzt und es höchst wahrscheinlich gemacht hat, dass das angeborene Ueberwiegen dieser Beziehung durch die frühzeitige Einübung der rechten Hand zu geschickteren Bewegungen auch das linke Hirn für die feineren Bewegungen der Sprachwerkzeuge als geeigneteren Centralsitz vorbereitete, als das rechte Hirn. In der That hat sich bei einigen Sectionen von Aphasischen, die linkshändig waren, der anatomische Defect in der rechten Hirnhälfte vorgefunden. Die einfache Schlussfolgerung aus dieser Erwägung wäre die, dass man durch die Einübung der linken Hand für feinere Bewegungen das rechte Hirn für die Sprachlautbewegungen besser vorzubereiten vermag."

Ob in der That die rechte Hirnhälfte nun vicariirend für die verloren gegangene Function der linken eintritt, mag dahingestellt bleiben. Ein von Herrn Geh.-Rath Renvers mir zur Behandlung überwiesener Fall aus dem Moabiter Krankenhause schien mir jedoch dafür zu sprechen. Hier war die Zerstörung der Sprachcentren durch Embolien veranlasst, die sich von Zeit zu Zeit noch während der Behandlung wiederholten. Wenn nun auch der Patient unter den nachfolgenden Embolien bewusstlos wurde und mehrere Tage stets das Bett hüten musste, so war doch niemals das, was einmal sprachlich durch die Uebungen erworben worden war, verloren gegangen.

Und folgender erschütternder Fall Gutzmann's aus „Compensation der Sinne" wird Ihnen gewiss gleiche Bewunderung und hohes Interesse abverlangen:

„Ein 30jähriger Mann aus vornehmer Familie hatte sich als Knabe die linke Hand durch Schrotschuss zerschmettert. An seinem Armstumpf trug er eine Holzhand, mit der er mühsam umzugehen gelernt hatte, greifen etc. konnte er damit nicht.

Mit 30 Jahren erlitt er einen rechtsseitigen Schlaganfall, der ihn rechts völlig lähmte und ihn der Sprache beraubte.

Der Patient musste gefüttert werden, war hülflos wie ein Kind. Links seine Holzhand, rechts der gelähmte Arm, ohne Sprache, in der That ein bedauernswerthes Geschöpf."

Meine Herren! Bei dieser Anamnese wäre gewiss der Wunsch berechtigt: „Lieber gestorben als ein solches Elend."

Nun, meine Herren, hören Sie weiter:

„Durch systematische Uebung der linken Hand im Schreiben gelang es hier, das rechte Hirn für die neu zu erlernenden Sprachübungen trotz motorischer Aphasie zu präpariren, nachdem bekannt war, dass Besserung im Schreiben parallel ging mit Besserung im Sprechen. Anfangs versprach sich Patient noch; seine Satzbildung

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

war äusserst mangelhaft etc. Französisch hatte er ganz vergessen, ebenso russisch, beide Sprachen hatte er vorher geläufig gesprochen.

Und doch wurde lediglich durch Uebung der linken Hand die rechte Hirnhälfte zum vicariirenden Eintreten für die verlorene Sprachfähigkeit erzogen.

Nach 8 Tagen schon, in diesem kurzen Zeitraum, lernte Patient zum ersten Mal nach anderthalb Jahren an seine Frau einen Gruss und Brief schreiben.

„Wenn man bedenkt, von wie ungeheurem Werthe für den gesammten Gemüthszustand des Patienten es ist, wenn er mit einem Male durch ein so einfaches Verfahren aus seinem hülflosen Zustande zu einer gewissen Selbstständigkeit gebracht wird, so wird man die Freude des Patienten und meine eigene Genugthuung wohl begreifen. Das Ueben im Schreiben hatte aber auch den erfreulichen Erfolg, dass die Articulationsübungen geradezu rapide Fortschritte machten, und nach 2 monatlicher Behandlung habe ich ihn in seine Heimath entlassen mit vollständiger Beherrschung der deutschen und französischen Sprache und ziemlich guter Beherrschung der russischen".

Auch hier hören Sie — ich darf es wohl ohne Uebertreibung sagen, wie ein Mensch vom Grabe auferstanden ist, wie neues Leben ihm erschlossen — wie ihm die Möglichkeit plötzlich wieder geschenkt wurde, sich zu verständigen, sein Innenleben der Aussenwelt zu offenbaren, sich an dem Leben wieder zu erfreuen und zu bethätigen.

Und schliesslich kann ich Ihnen von meinen bescheidenen Versuchen berichten, welch' erhebendes Gefühl es ist, wenn man „Demente" durch einige Uebungen dem Dasein wiedergiebt, zu neuen Lebensäusserungen weckt, mit welch' dankbarem Blick sie einem jede noch so geringe Möglichkeit, sich wieder verständlich zu machen, die man ihnen durch Uebung verschafft, vergelten.

Meine Herren! Aus dieser Zahl seien nur zwei herausgegriffen, die quasi als Paradigma dafür gelten können, welche verhältnissmässig geringe Uebungen und Mühen schon Erfolge zeitigen.

Ein rechtsgelähmter Aphasischer-Apractischer schrieb bei meinen ersten Versuchen links Spiegelschrift.

Zimmergenossen übten nun mit ihm Normalschrift und unter ihrer Anleitung, die wohl jeder Systematik entbehrte, producirte er bei bei meinem nach 14 Tagen wiederholten Controllversuch links — wenn auch schlechte — thatsächlich normale Schrift. Einige Tage später berichteten mir seine „Lehrer", dass zu ihrem Erstaunen Pat. P. einige Silben zu sprechen beginne. Und in der That hatten diese wenigen Uebungen genügt, sie waren ein Anstoss geworden zum langsamen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wiedergewinnen der Sprache überhaupt. Und so beweist dieser Fall, meine Herren, am deutlichsten, welch' dankbares Feld sich uns — bei verhältnissmässig geringer Mühewaltung — durch die Behandlung der armen Rechtsgelähmten und der Sprache Beraubten öffnet.

Er beweist aber zugleich auch die Leichtigkeit der linksseitigen Schriftübung.

Denn es ist geradezu erstaunlich, in wie kurzer Zeit die Patienten schreiben lernen, wie gelehrig sich die linke Hand anstellt, ja es ist, als ob neues Leben, neuer Impuls in ihnen dadurch wach würde — eine Erkenntniss, die auch für uns selbst von eminentem Werth ist, da sie uns, wie wir weiter unten sehen werden, den Weg weist zur eigenen Ausbildung unserer linken Hand überhaupt. —

Noch deutlicher und markanter ist mein zweiter Fall.

Eine 56jährige Patientin, als völlig dement eingeliefert, zeigte rechtsseitigen Schlaganfall mit totaler Aphasie, links ganz apractisch, machte vollkommen verblödeten Eindruck; jede Verständigung war ausgeschlossen, da Patientin auf nichts reagirte, einen nur unsäglich traurig und blöde ansah, wenn man an sie herantrat und nur stets nickte. Nachdem sie eine linksseitige Pneumonie überstanden, begann ich erst — ohne jeden Erfolg — mit dem Vorsprechen von Worten. Trotz der grössten täglichen Mühe war das Ergebniss gleich Null. Es war in der That, als ob man tauben Ohren predigte. Verständnissloses Anstaunen und Nicken! Das Hantiren mit Gegenständen mit der linken Hand misslang ganz, nur einige zittrige Bewegungen waren der ganze Effect, so dass Patientin auch gefüttert werden musste und in jeder Hinsicht hilflos war.

Da Schreibübungen in diesem Zustand auch wohl aussichtslos erschienen, kam ich auf den Gedanken, Luftschreibübungen mit ihrer linken ungelähmten Hand derart vorzunehmen, dass ich ihre linke Hand mit meiner rechten Hand in der Luft und auf der Bettdecke beim Buchstabenschreiben führte.

Ich begann mit ihrem Namen und hatte nach ca. acht Tagen die Freude, dass sie denselben fast ganz allein nachmalte, und als ich eines Morgens an's Bett trat und sie „nein, nein" und ihr typisches Nicken absolvirte — begrüsste sie mich plötzlich damit, spontan — sehr langsam und abgebrochen silbenweise zuerst: — „An na Rüss mann" zu sprechen. Dabei sah sie mich glückstrahlend an. Als ich sagte, wer das sei und wo das stände, zeigte sie erst auf sich und dann mit einem Blick auf die Kopftafel. Es war ihr also dreierlei lediglich durch diese primitiven Schreibübungen zum Verständniss gekommen:

1. Die Worte selbst. 2. Die Verbindung zwischen diesen und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ihrer Person. 3. Durch Beobachtung anderer Kopftafeln die Erkenntniss, dass auf diesen Tafeln stets der Name stand. Es mag einem vielleicht dieser Erfolg unbedeutend erscheinen, aber wer die einzelnen Etappen weiterer Entwicklung mitgemacht hat, wer, wie ich, ihre Freude sah, als sie nach gleichen fortgesetzten Uebungen die Namen ihrer Kinder bei deren Besuchen sprechen konnte, und auch Beschwerden zu klagen vermochte, wie sie strahlend mir jeden Morgen ihren Namen und alles bisher Gelernte spontan hersagte und wie sie — wie besonders im Anfang — weinte, wenn ihr Manches gar nicht gelingen wollte, der wird meine Freude nachempfinden, der wird begreifen, dass ein gewisses stolzes Gefühl der Befriedigung einen erfüllt, das einen für alle Mühen reich entschädigt und lohnt.

Für mich war dieser Fall ein greifbarer Beweis mehr für die unendlich grosse Bedeutung der Schreibübungen überhaupt bei Aphasischen etc. — zur Wiedererlangung der Sprache — — denn es ist geradezu erstaunlich, welch' schnelle Fortschritte ich bei diesen Uebungen beobachtet habe, wie die Schrift die Worte bildet und sie im Hirn einprägt; ja es ist, als ob der Patient mit dem Niederschreiben gleichzeitig in seinem Gehirn mit demselben Griffel das Wort eingräbt, das er vorher trotz aller Mühen des Vorsprechens nicht erlernen konnte.

Dieser Erkenntniss gegenüber aus all den citirten Fällen wirkt es geradezu komisch, was man alles zur Erklärung, besser zur Entschuldigung unserer einseitigen Erziehung der Rechtshändigkeit herangezogen hat.

Einige Anatomen[1]) suchen die Ursache dafür in den Lageverhältnissen des Kindes vor der Geburt.

Ein Zweiter klagt Mütter und Ammen an, die das Kind immer auf dem rechten Arm tragen, ein Dritter meint gar, die Linkser thäten das aus Opposition zu ihren Eltern, um ihren Ungehorsam zu beweisen, und der Vierte endlich beschuldigt die Bevorzugung der einen Seite beim Schlafen. Bei der rechtsseitigen Lage sei die linke Hemisphäre (also diejenige, die bei Tage die angestrengtere ist) blutleer.

Buchanan geht von der Thatsache aus, dass jene Eingeweide, die sich auf der rechten Seite befinden, bedeutend schwerer sind, als die auf der linken Seite befindlichen. Der Schwerpunkt des Menschen ist also nicht in der Mittellinie, sondern rechts von ihr gelegen. Zur bequemen Erhaltung des Gleichgewichtes ist also der rechte Arm geeigneter als der linke.

Dr. Ernst Weber dagegen versucht mit viel Scharfsinn eine neue

1) Nach Stöckel's Aufsatz.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Theorie aufzustellen, wobei er mit Darwin'schen Prinzipien arbeitet. Es hat unbedingt, so meint er, eine Zeit gegeben, in der die Menschen die ersten Waffen schmiedeten und beide Arme gleich gebrauchten. Jene Leute aber, die zufällig den rechten Arm als Kampfarm wählten, hatten einen Vortheil vor den anderen voraus, weil sie das auf der linken Seite befindliche Herz insofern schützen, als sie ja immer sich mit der Brustseite des erhobenen Kampfarmes nach vorn drängen. Es gingen also mehr Linkser als Rechtser zu Grunde, bevor sie Nachkommenschaft zeugten. Die Rechtser konnten deshalb ihre Gewohnheit, rechts zu kämpfen und ihre Waffen für den Kampf anzupassen, häufiger auf ihre Nachkommen vererben, nahmen an Zahl immer mehr zu, und die immer weniger werdenden Linkser folgten dem Beispiele der Rechtser, suchten ihre nachtheilige Gewohnheit abzulegen, bis die Rechtshändigkeit fast ganz allgemein geworden war. Diese Theorie steht mit der Thatsache im Einklange, dass es in der Steinzeit, wie man aus vorhandenen Steinbildern schliessen kann, viel mehr Linkshänder gegeben hat, als jetzt. Auch ist es ja bekannt, dass alle Wunden, mit Ausnahme der Herzwunden, an denen man in folge Verblutung zu Grunde geht, bei den Naturvölkern leicht heilen. Schliesslich macht Weber eine sehr wichtige Bemerkung: „Vielleicht ist das Verhältnis von links zu rechts viel tiefer in der allgemeinen Natur begründet, als wir es ahnen. Denn dieses Verhältniss ist nicht nur beim Menschen von Bedeutung. Warum giebt es in der Chemie zum Beispiel links und rechts drehenden Zucker, und was ist ihr eigentliches Wesen? Warum drehen sich die Himmelskörper nach einer bestimmten Seite um sich selbst und nicht nach der entgegengesetzten?“

Als wahre Ursache der Rechtshändigkeit noch gilt die bessere Ernährung der linken Hirnhälfte wegen des direkten Zustömens des Blutes, während die rechte Hirnhälfte aus einem Zweige der grossen Arterie gespeist wird. Da nun die besser, directer, kräftiger durchblutete linke Hirnhälfte die Bewegung der rechtsseitigen Organe, also die der rechten Hand, regelt, so ist diese energischer, bildungsfähiger als die linke.

Die Gegner einer solchen Thatsachenverknüpfung — Braune und Rüdiger — meinen, die Bevorzugung der linken Hirnhälfte durch stärkere Durchblutung müsse erst durch manometrische Messungen erwiesen werden; auch könne die bessere Ernährung der linken Hirnhälfte ebenso Folge als Ursache der Rechtshändigkeit sein; so citirt Rüdiger den Fall eines Rechtshänders, bei dem umgekehrt die rechte Hirnhälfte schwerer war als die linke, muthmasslich wegen des anhaltenden Gebrauchs der linken Hand beim Cellospiel. Eine solche Verknüpfung

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von Ursache und Wirkung verdiente wohl Bestätigung durch Beobachtungsreihen, wie wir solche zum Theil schon Liberty Tadd in Philadelphia verdanken.

Eine wichtige Thatsache führt Wilhelm Fliess in seinem neuesten Werke an. Er begründet die Ansicht, dass die linksseitige Hälfte des menschlichen Körpers immer die gegengeschlechtliche ist. Er steht auf dem Standpunkt der bisexuellen Anlage des menschlichen Körpers: Beim Manne ist die linke Seite die weibliche, beim Weibe die linke Seite der Repräsentant der männlichen Substanzen. Nun hat Fliess herausgefunden, dass bei linkshändigen Frauen die secundären männlichen Sexualcharaktere viel ausgeprägter sind, als bei rechtshändigen Männern oder Weibern.

Doch, meine Herren, halten wir uns nicht länger bei Hypothesen und Theorien auf. Die Folge der Rechtshändigkeit für die Menschheit ist einmal die einseitige Lage des Sprachcentrums auf der linken Seite des Gehirnes, wie Sie bereits hörten. Nach Viervliet sind überhaupt alle Sinne der rechten Seite schärfer. Ja, Drozda behauptet, beim Lesen hätten nur die vom rechten Auge empfangenen Eindrücke Bedeutung.

Dass das Sprachcentrum sich links localisirt hat, führt Weber nicht allein auf die Rechtshändigkeit als solche zurück. Er findet die letzte Ursache dieser einseitigen Lagerung — im Schreiben mit der rechten Hand. Während des Schreibens gehen motorische Impulse von der rechten Hand aus, welche das Gehirn beeinflussen. — Dass das Umgekehrte der Fall ist, wissen wir. Stricker hat es in seinen Vorlesungen oft wiederholt, dass wir beim Denken unwillkürlich leise motorische Bewegungen machen. Es bat den bekannten Schauspieler Lewinsky, einen grösseren Monolog lautlos vor sich hinzulesen, und legte die Hand auf seinen Kehlkopf. Der Kehlkopf begann mächtig zu vibriren, gleichsam als ob alle Muskeln leise die Bewegungen des Sprechens intendiren wollten. Wenn der Gedanke Muskelbewegungen herbeiführen kann, mit anderen Worten, wenn die Erregung des Gehirncentrums motorische Impulse auslöst, soll der umgekehrte Weg nicht möglich sein? Sollten motorische Impulse nicht das Gehirn in Erregung setzen können, und sollte nicht die Summirung von Erregungen dazu führen, dass das eine Sprachcentrum, das linke, bevorzugt und das rechte vernachlässigt wird? Denn das haben wir ja schon oben betont, dass beide Sprachcentren vorhanden sind und ursprünglich dem Menschen gleichmässig zur Verfügung stehen.

So würde also eine Erziehung, welche die linke Hand beim Schreiben ebenso bevorzugt, wie sie bis jetzt vernachlässigt wurde, sehr viel dazu

Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

beitragen, das rechte Sprachcentrum für die Menschen wiederzuerobern und einen ganzen Gehirntheil, der jetzt gewissermaassen brach liegt, zur culturellen Leistung heranzuziehen. Die citirten Beispiele haben Ihnen die Richtigkeit dieser Ansicht voll und ganz bestätigt. Schon im Altertum wurde von homerischen Helden gerühmt, dass sie mit beiden Armen gleich den Speer werfen konnten, und Holbein, Michael Angelo, Leonardo da Vinci und Menzel konnten beide Hände in gleicher Weise benutzen. Auf diese Dinge wäre schon in der Schule das grösste Gewicht zu legen.

Meine Herren! Hinsichtlich dieser linkshändigen Uebungen ist es mir nun — trotz der lückenlosen Beweisführung — nicht nur, was die Richtigkeit meiner Erkenntniss und der daraus sich ergebenden Fordederungen bei Patienten mit Schlaganfall, sondern auch, was die Nothwendigkeit der Einführung systematischer linkshändiger Uebungen mit ihrem segenreichen Einfluss anbetrifft — leider bisher nicht gelungen, diese Versuche in grösserem Umfange ausführen zu können.

Unsere Vettern jenseits des Oceans wie der Nordsee sind uns mit ihrem practischen Blick darin voraus, obwohl sie den wissenschaftlichen Zusammenhang noch nicht kennen — wie er jetzt von mir zur Evidenz erbracht ist — sondern lediglich aus der Erkenntniss des practisch eminenten Werthes nimmt sich dort die Unterrichtsbehörde in lobenswerther Weise dieser neuen Idee an, indem sie weitgehendste Versuche in das Schulprogramm aufnimmt, wahrlich nicht zum Schaden ihrer jungen Zöglinge; aber auch nicht zum Schaden des Staates tragen sie so bei zur Erhöhung der Geisteskraft des jungen Nachwuchses — und dass alles ohne die Beweise, die erst jetzt das kategorische Muss meiner Forderung auch wissenschaftlich begründen. So kann ich Ihnen leider auch noch keine Massenerfolge aufweisen, aber aus meiner kleinen Gruppe will ich Ihnen quasi als Typus einen Fall demonstriren. Bei der kleinen Patientin, kann ich wohl sagen — denn sie wurde mir in die Sprechstunde gebracht — handelt es sich um ein sogenanntes „zurückgebliebenes" Kind von $10^1/_2$ Jahren, das Lesen nur mit Mühe, Rechnen höchst mangelhaft gelernt hat, in der Satzbildung noch sehr zurück ist, auf einfache Fragen garnicht oder unzusammenhängend antwortete, das kleine Einmaleins nur mit Hülfe der Finger und noch dann falsch berechnete, und auch in ihrem Wesen ganz den Eindruck des Idioten macht; es besucht die Charlottenburger Hilfsschule — letzte Klasse — und entspricht ganz einem Kinde von 5—6 Jahren, nur zeitweilig gab sie mir Antworten — unzusammenhängend zwar, aber doch als ob ein Hauch von Geist sie plötzlich erleuchtete, so dass ich mir die Mühe nicht verdriessen liess und privatim mit ihr Schreibübungen vornahm:

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eigentlich wider Erwarten schnell, d. h. andererseits ganz der Ihnen oben entwickelten Theorie bei Idioten[1]) entsprechend — lernte sie mich und meine Absichten, sowie die linkshändige Schrift begreifen, die sie bald besser als die der rechten Hand anfertigte; wenn Sie einen Blick in dieses Heft werfen wollen, in welchem die ersten Versuche und Proben aufgezeichnet sind, so werden Sie mir zugestehen müssen, dass für ein derartiges Kind die Schriftzeichen noch dazu mit der linken Hand wirklich recht brauchbar zu nennen sind, und ich kann Ihnen versichern, dass sie recht geschickt die linke Hand beim Schreiben führt; die Fortschritte und Erfolge meiner Bemühungen erschienen ja anfangs gering; hatte man es doch hier mit einem an und für sich schon schwer erregbaren Gehirn zu thun, bei dem ja nach unserer Auffassung die sonst rege linke Gehirnhälfte uns leider seine Unterstützung nicht voll leihen kann; aber sie waren es nur auf den ersten Blick und in Wirklichkeit grösser.

Der erste Anstoss ist ja naturgemäss das Schwierigste, aber er gilt andererseits als ein allgemeiner Weckruf, nach dem Ueberwinden der 1. Schwierigkeiten öffnen sich die Bahnen schneller zum weiteren Vorwärtsschreiten. So auch hier! Hatte sie vorher die Namen der Hausmiether nicht behalten — der Vater ist Portier — so nannte sie jetzt alle nach Etagen und von Angesicht bei Namen, ja machte kleine Gänge, Besorgungen ohne jeden Fehler, bediente den Fahrstuhl, gab Auskünfte auf Fragen — alles Dinge, die sie vorher nie ausgeführt hatte und besorgen konnte, auch die Erfolge im Lesen, Sätzebilden nahmen langsam aber stetig zu, das Einmaleins ging etwas leichter von der Hand, kurz der Geist erwachte zweifellos. Natürlich war das Aufgezählte nicht so schnell erreicht, wie ich es Ihnen hier soeben vorgetragen: eine solche verschüchterte kleine Kinderseele begreifen und beobachten lernen, ihre Gedanken verfolgen, auf ihre Ideen eingehen, um sie sicher zu machen, sie an sich zu gewöhnen und so dann langsam und allmählich jenes kleine unregsame Gehirn zur grösserer Thätigkeit anzuregen, so begann der Fortschritt nach und nach.

Nicht suggerirt habe ich mir diese Erfolge, der Lehrer hat sie constatirt, und es sei besonders betont — ohne eine Ahnung von meinen Uebungen zu haben, ohne im geringsten in meine Pläne eingeweiht zu sein; ob er sie wohl verstanden, ob er sie vor Allem gebilligt hätte? Meine Ideen, die so ganz aus dem Rahmen der jahrzehntelangen Gewohnheiten fallen!

Meine Herren: Im Leben gilt der Erfolg! Allen theoretischen und

1) Sie schrieb anfangs links spontan Spiegelschrift.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bäreaukratischen Einwürfen zum Trotz! Dass die Aufmerksamkeit sich besserte, sowie die Haltung, dass die vorher dauernd beobachtete Mattigkeit und Unregsamkeit auffallend einer gewissen Munterkeit auch im Aussehen Platz machte, das muss besonders betont und bewerthet werden!

Meine Herren! Das Ergebniss bei normalen Kindern sollen Sie statt an einzelnen wenigen meiner Versuchsreihe aus den englischen und amerikanischen Berichten selbst erfahren.

Es werden Ihnen so die Bedeutung wie der Werth dieser Frage und nicht zum wenigsten die dortigen Erfolge im rechten Licht erscheinen!

Denn, meine Herren, es hat an diesen erfolgreichen systematisch-practischen Versuchen ausserhalb Deutschlands nicht gefehlt. Den anerkanntesten methodischen Beitrag zur „Linkscultur" liefert der bereits genannte Liberty Tadd. Seine Anleitung zum Zeichnen ist grundlegend geworden; er urtheilt über beidarmiges Zeichnen in „Neue Wege zur künstlerischen Erziehung der Jugend" (1900) wie folgt: „Warum soll die Arbeit, die mit der rechten Hand gethan werden kann, nicht auch mit der linken gemacht werden? In vielen Handwerken, die Geschicklichkeit erfordern, werden beide Hände gebraucht; je geschickter die linke Hand ist, desto tüchtiger der Arbeiter. Künstler, die das beidarmige Zeichnen für thöricht halten, denken nicht daran, dass wir nicht versuchen wollen, mit der linken Hand zu zeichnen und zu malen. Wir benutzen sie aus physiologischen und erziehlichen Gründen. Der physiologische Grund für die beidhändigen Uebungen ist die Thatsache, dass die gleichen Muskelbewegungen physiologisch zusammengeordnet sind. Die Biologie lehrt, dass der Erfolg intensiver und dauerhafter ist, je mehr die Sinne in harmonischer Thätigkeit zusammenwirken. Wenn ich mit der rechten Hand arbeite, benutze ich die linke Gehirnhälfte, wenn die linke Hand thätig ist, die rechte. Die bewusste Bewegung setzt bestimmte motorische Centren des Gehirns in Action, jeder Wechsel in der Bewegung ein anderes. Wird die Bewegung mit Kraft und Genauigkeit durchgeführt, so wird dadurch die Entwickelung des entsprechenden motorischen Centrums gefördert. Durch diese organische Thätigkeit werden Gehirn und Geist entwickelt."

Meine Herren! Ich glaube bestimmt, dass Gehirn und Geist, Gedanke und Einbildung kräftiger werden, je fester die Verbindung jeder Hand mit der entsprechenden Gehirnhälfte ist und mit je grösserer Leichtigkeit beide zusammenarbeiten. Die Resultate meiner Methode sind mir ein Beweis dafür.

In England werden derartige Bestrebungen schon seit mehreren

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahren gepflegt. Es hat sich in London eine Gesellschaft „für die doppelhändige Ausbildung" constituirt und bewundernswerthe Resultate erzielt. Weshalb sollen wir denn auch nicht im Stande sein, aus unserer linken Hand denselben Nutzen zu ziehen wie aus unserer rechten? Der Mensch ist in dem Bereich der Schöpfung das einzige Beispiel eines thierischen Lebewesens, das zwei völlig gleiche und vollkommen geformte Gliedmaassen hat, die sich doch in verschiedener Weise entwickeln; die Hände. Ja er bildet nicht nur mit voller Absicht die eine Hand auf Kosten der anderen aus, sondern er rühmt sich sogar der halben Verkümmerung, zu der er seine ungeschickte linke Hand verurtheilt. Zu allen Zeiten protestirten einsichtsvolle Köpfe gegen diese Ungerechtigkeit, aber Gleichgültigkeit, die Scheu vor Neuerungen, das Hängen am Hergebrachten, Vorurtheil und Unwissenheit liesen die Stimmen dieses Predigers in der Wüste ungehört verhallen.

Meine Herren! Eine jede wahre Erziehung muss in der vollkommenen Entwickelung des Individuums nach der physischen, geistigen und moralischen Seite bestehen. Daher ist ein Erziehungsystem, welches eines der wichtigsten Glieder des menschlichen Körpers vernachlässigt, von Grund aus zu verdammen. Jeder Lehrer hat die Pflicht, bei einem Kinde nicht allein jede geistige Fähigkeit, sondern auch alle Glieder bis zu ihrer höchsten Leistungfähigkeit auszubilden. Weshalb lässt man denn dem Aschenbrödel „linke Hand" nicht sein Recht werden, nach dem es so dringlich verlangt? Das Recht auf Ausbildung der linken Hand ist unbestritten. In zahlreichen Industrien und Kunstfertigkeiten hat sie ihre Gleichberechtigung mit der rechten Schwester glänzend erwiesen. Denken wir an's Klavierspiel. Giebt es dort einen Unterschied zwischen den Fähigkeiten der rechten und der linken Hand? Bei der Violine ist die delicate Fingerarbeit der Linken wohl gleich nothwendig wie die Bogenführung der Rechten. Bei der Handweberei, dem Maschinenschreiben, beim Kricketspiel zeigt die Linke sich als schnelle und genaue Arbeiterin, die ebensoviel Erfolg aufzuweisen hat, wie ihre Kollegin von der rechten Seite. Wer könnte nun leugnen, dass es möglich wäre, nicht nur für Zwecke, die eine „Doppelhändigkeit" unbedingt erfordern, sondern generell die linke Hand ebenso auszubilden, wie die rechte.

Meine Herren! Wenn die Doppelhändigkeit Allgemeingut der Menscheit in den Culturstaaten würde, so wären die Vortheile unbegrenzt. Denn die Doppelhändigkeit bietet eine

Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

kräftige Versicherung gegen Unfälle, sie hat einen unschätzbaren Werth für alle Fälle, in denen die rechte Hand verhindert ist, ihrer Pflicht nachzukommen, wie Sie es aus meinen Fällen ersahen. Aber es wäre falsch, wie es so vielfach geschieht, zu glauben, dass sich die Doppelhändigkeit nur in diesen Fällen nützlich erweise. In allen Umständen des täglichen Lebens, bei allen Thätigkeiten zeigt sie ihren fördernden Einfluss. Nur sie giebt einem Menschen erst die Möglichkeit, seine vollen geistigen und körperlichen Fähigkeiten zu entwickeln. Sie vertheilt jene geistige und körperliche Arbeit, die bei einem Rechtshänder nur auf einer Seite ruht, gleichmässig auf zwei Felder und rettet den eifrigen Arbeiter vor der Ermattung, in die er sonst häufig fällt.

Die englische Gesellschaft zieht besonders den Nutzen in Betracht, der der menschlichen Gesellschaft erwachsen wird, wenn man allgemein in den **Schulen** die Hände der Kinder gleichmässig ausbildet. Die Resultate, die man erreicht hat, sind vorzüglich gewesen. Nicht nur directe, sondern auch unschätzbare indirecte Vortheile haben sich dabei ergeben. Im „Infant School Teacher" kann man lesen, dass doppelhändige Schüler besser sitzen, den Kopf gerader halten und nicht nur beim Schreiben und Zeichnen etc. grössere Fortschritte aufweisen, sondern auch in allen Unterrichtsgegenständen höhere Intelligenz zeigen. Diese Wohlthaten der Doppelhändigkeit sind unbezahlbar. Sie verbürgen eine bessere Entwickelung des ganzen Kindes. Englische Lehrer behaupten auch, dass ihre Doppelhänder grössere Munterkeit, Aufgewecktheit und Urtheilsfähigkeit besitzen als der Durchschnitt gleichaltriger Einhänder. Sonderbar und auffällig ist die Erscheinung, dass bei der Erziehung zur Doppelhändigkeit die linke Hand nach kurzer Frist eine Gelenkigkeit, Feinfühligkeit und Beweglichkeit erwirbt, die die der rechten meist übertrifft. Das hat man nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Leuten beobachten können, die sich erst in reifem Alter zu Doppelhändern ausbildeten. Als Princip für die Schulung von Rechts- und Linkshändern muss gelten, dass zuerst das Schreiben mit beiden Händen beigebracht wird. Wenn die linke Hand hierin dieselbe Fähigkeit erlangt wie ihre rechte Kollegin und Rivalin von heute, so ist sie ohne weiteres schon im Stande, sehr viele andere Verrichtungen mit Leichtigkeit und Erfolg auszuführen.

Meine Herren! Es eröffnet sich also aus allen diesen Ausführungen eine ungeheuere Perspective. Wenn die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Menschheit bis jetzt thatsächlich nur mit einem halben Gehirn gearbeitet hat, welch ungeheuere Leistungen können erst von einer Menschheit erwartet werden, der die doppelte geistige Kraft zur Verfügung steht! Und hat ein Leonardo da Vinci deshalb eine so ungeheuere Vielseitigkeit bewiesen, weil er den anderen Menschen um ein Gehirn zuvor war?

Man spricht soviel von der geistigen Ueberanstrengung der Kinder; man klagt, dass unser Gehirn, unsere Nerven dem Ansturm der modernen Erfindungen nicht gewachsen sind. Hier eröffnet sich ein Weg zum Heile der Menschheit!

Meine Herren! Wir Aerzte werden gut thun, dieser wichtigen Frage die grösste Aufmerksamkeit zu schenken. Nur die Schule ist im Stande, unsere einseitige Anlage in eine doppelseitige zu verwandeln. Wie oben angeführt, zeigen zahlreiche Beispiele von Menschen, die in Folge eines Unglücksfalles gezwungen waren die linke Hand zu benutzen, dass dieselbe lange nicht so ungelehrig ist, wie man es zu glauben geneigt ist. In der Schule wird unbedingt das Schreiben mit der linken Hand und mit der rechten Hand gefordert werden müssen; die Kinder werden dazu angehalten werden, alle Handgriffe links ebenso geschickt wie rechts auszuführen. Und die günstige Folge für die Menschheit wird sicherlich nicht ausbleiben[1]).

Meine Herren! Ungeahnte Ziele erschliessen sich so vor uns, neue Bahnen friedlichen Geisteskampfes eröffnen sich uns durch rationelle Nutzbarmachung des in der gesammten Anlage vorhandenen rechten

1) In einer äusserst interessanten Studie über die „Gehirne von Mommsen, Bunsen und Menzel“ betont v. Hansemann, dass an dem Gehirn Bunsen's die linke Hälfte ganz wesentlich von der rechten durch reichhaltigere Gliederung, als bei weitem dem rechten überlegen — sich unterscheidet. Bunsen war Rechtser. Das Gehirn Menzel's zeigt gerade umgekehrt in seinem linken Abschnitt durchweg eine viel einfachere Bildung, als auf der rechten Seite. Ob der Grund nicht in der bekannten Fähigkeit Menzel's zu suchen ist, mit der linken Hand genau so, ja vielleicht besser hantiren zu können, ob sich nicht so die grosse Mitbetheiligung, ja die grössere Inanspruchnahme gerade der rechten Hemisphäre als „linke Handversorger“ auch anatomisch ausgeprägt hat, ob bei ihm nicht gerade in Folge einer besonderen Anlage als anfänglicher Linkser der Weg über das rechte Gehirn zur linken Hälfte geführt hat, wer vermag diese Frage zu beantworten! Der Befund giebt jedenfalls zu denken.

Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Gehirntheiles. Neben der Entlastung des bisher allein thätigen linken Gehirns bietet sich uns so die Möglichkeit neuer Capacität, die Möglichkeit neuer Ideenkreise, neuer, intensivster Schaffenskraft. Und neues Leben blüht aus den Ruinen. In der That einer Ruine, oder vielmehr einem bisher brachliegenden Felde gleicht unsere linke Hand, unser rechtes Gehirn.

Und dass hier die Saat aufgehe zu vollster Blüthe, dass unser Mahnruf nicht unerhört erschalle, lassen Sie uns, meine Herren, mit vereinten Kräften wirken und streben, bis jenes Zauberwort unser rechtes schlummerndes Gehirn geweckt hat.

Literatur.

Acker, Two miror writing. Archiv Pedriat. N. Y. 94. XI. 676.

Allin, Archives de Neurologie. 1897. 2. Série. p. 124.

Ballet, N. Iconographie de la Salpétrière.

Brissand, Traité de méd.

Bernard, Thèse de Paris.

Baldwin.

Buchwald, Spiegelschrift bei Hirnkranken. Berliner Klinik. 1878. S. 8.

Cahen Broch, Ueber Vorkommen d. Spiegelschrift besonders im Kindesalter. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1892/93. S. 41, 141—160.

Claphan, A case of miror. Quart. M. J. Scheffield. 1894/95. III. 333 ff.

Durand, Ecrit en miroir dans ses rapports avec l'Aphasie. Journal de médic. Bordeaux. 1881/82. Séance de 9. XII. 1881. Société médic. de Bordeaux.

Edler, The scottish. med. and surginal Journal. 1894. p. 133 und 215.

Erlenmeyer, Schriftprobe bei rechtsseitigem Schlaganfall.

Figuera, Contributions à l'étude de l'écritur. chez des enfants. Annales de med. Paris. 1902.

Fliess, Wilhelm, Ablauf des Lebens. Das Lebensgesetz.

Gutzmann, 1. Monatsschrift für gesammte Sprachheilkunde. — 2. Compensation der Sinne. — 3. Sprachübungen bei Aphasie. Berliner klinische Wochenschrift. 1901. S. 28.

Goldschmidt, 1. Wiener med. Presse. 1903. No. 46—48. — 2. Archiv f. Psych. Bd. XVIII. Heft 2.

Heilbronner, Ueber transcorticale motorische Aphasie. Archiv f. Psych. Bd. 34. S. 359.

Ineland, On mirror writing and its relations to left handed nessand cerebral disease. Brain. London. XI. 361—367. 1881/82.

Ineland, Alienist N. Neural. S. Louis. 1893. XIV. 100—108.

Laprade, André, Contribution à l'étude de l'écriture en miroir. Nov. 1902. Paris.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Liepmann, Prof., 1. Fall von Apraxie. — 2. Fortsetzung nähere patholog. Betrachtungen. Monatsschrift für Psychiatrie. 1906. — 3. Störung des Handelns. 1905. — 4. Die linke Hemisphäre und das Handeln. München. 1905. No. 48. — 5. Untersuchung von Apractischen. Deutsche med. Wochenschr. 1905.

Lochte, Beitrag für die Kenntnisse des Vorkommens und der Bedeutung der Spiegelschrift. Archiv f. Psych. Bd. 28. H. 2.

Leichtenstern, Ueber Schreibweise Linkshändiger, Lenkschrift und Spiegelschrift. Deutsche med. Wochenschr. 92. XVIII.

Lichtheim, Aphasie. 1885. Deutsches Archiv f. klin. Med. XXXII.

Lüddeke, Rechts und Linkshändigkeit.

Marinesco-Bukarest, Etudes sur l'écriture. Annales de méd. infant. 1900. p. 210.

Mille, Mirror. J. nerv a ment. B. W. Y. 1894. XXI. p. 80.

Neige, Gymnastique en miroir. Progrès médical Paris. 1901. August-Congress (XI) d. Neurologie.

Nicolle et Halipré, Cécité verbale pure et centre de l'agraphie. Presse méd. Paris. 1895. p. 148.

Périer, Sur l'écriture et parole en miroir chez enfants. Annales de méd. et chirurg. Paris. 1898. II. 877.

Peckham, Mirror warn the pathol. chirograph. of nervous orig. Med. Rec. XXIX. p. 225.

Seifert, Spiegelschrift. Sitzung der physiol. Gesellschaft. Würzburg. 1897. S. 44.

Sweéney, M. W. inverted vision and allied defects. S. Paul. M. J. 1900. III. 374—391.

Soltmann, Schrift und Spiegelschrift bei gesunden und kranken Kindern. Festschrift für Henoch's 70. Geburtstag. 1890. p. 24.

Sollier, Congrès de Paris. 1900.

Stöckel-Wien, Zeitgeistaufsätze.

Treitel, Zeitschrift für Nervenheilk. 1893.

Liberty Tadd, Neue Wege zur künstlerischen Erziehung der Jugend.

Vogt-Genf, Revue scientif. Paris. 1880. Ecriture en miroir au point de vue patholog. et physiolog.

Weber, Beiträge zur Erklärung des Zustandekommens der Spiegel- und Senkschrift. Zeitschr. f. klin. Med. 1895. Bd. XXXIII. p. 260.

Weber, Ursache und Folge der Rechtshändigkeit.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XXXV.

Bemerkungen zu Jung, „Ueber die Psychologie der Dementia praecox".

Von

E. Meyer

zu Königsberg i. Pr.

Jung's „Versuch: Ueber die Psychologie der Dementia praecox" hat zu vielfachen Erörterungen in der letzten Zeit Veranlassung gegeben.

Wenn ich an dieser Stelle noch einmal darauf eingehe, so thue ich das deshalb, weil nach meinem Empfinden in den Jung'schen Lehren die alten Anschauungen von der überwiegenden Bedeutung psychischer Ursachen für die Aetiologie der Geisteskrankheiten wieder aufleben, wenn auch in moderne Formen gekleidet[1]).

Berechtigen die Untersuchungergebnisse Jung's zu einem derartigen Schlusse, das ist die Frage, auf die ich hier ausschliesslich eingehen will.

Auf eine Kritik des Untersuchungsverfahrens Jung's etc. kann ich daher verzichten, um so mehr, weil Isserlin[2]) und Weygandt[3]) diese in eingehender Weise geübt und dabei gewichtige Bedenken erhoben haben.

Jung hat sich bemüht, bei der Dementia praecox durch Associationsversuche in die seelischen Vorgänge einzudringen, sie unserem Verständniss näher zu bringen. Für die Deutung seiner Ergebnisse zieht er zum Vergleich mit der Dementia praecox die Hysterie heran und dehnt die Freud'sche Lehre, dass stark affectbetonte seelische Conflicte, die nicht überwunden, sondern nur zurückgedrängt sind, eine sehr

1) E. Meyer, Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena. 1907.
2) Centralbl. f. Nervenh. und Psychiatrie. 1907.
3) Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1907.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wichtige Ursache für die Hysterie abgeben sollen, auf die Dementia praecox aus. Auch bei ihr glaubt Jung solche Complexe nachweisen zu können, die aber — im Gegensatz zur Hysterie — dauernd fixirt sind und nun nicht mehr überwunden werden können. Ob diese Complexe wirklich die Ursache der Dementia praecox abgeben, oder ob sie nur „im Moment des Krankheitsausbruches" vorhanden waren und „die Symptome determinirten", lässt Jung freilich zweifelhaft. Er meint aber doch, dass bei genauerem Zusehen vielfach „am Eingang der Krankheit ein starker Affect stehe, von dem aus sich die einleitenden Verstimmungen entwickeln". Jung ist daher offenbar geneigt, den Complexen ursächliche Bedeutung einzuräumen, wenn er auch andererseits in einem noch unbekannten Toxin die unterstützende Grundlage erblicken möchte.

Diese Schlusssätze Jung's entbehren durch die wiederholte Verklausulierung der nöthigen Klarheit und Bestimmtheit. Wir fühlen aber doch, dass Jung, entsprechend der Tendenz seines Buches, entschieden der Anschauung Geltung verschaffen möchte, dass auch der Dementia praecox affectbetonte Complexe, die verdrängt waren, zu Grunde liegen.

Welcher Art sind nun diese Complexe, die nach Jung geeignet sein sollen, eine Dementia praecox entstehen zu lassen? Wohl gemerkt, Jung will nicht etwa, dass es nur solche stark affectbetonten Vorstellungen seien, die im Augenblick des Krankheitsbeginns gerade vorhanden waren, und nun in die Krankheit mit hineingenommen und bis zu einem gewissen Grade Richtung gebend wurden, sondern ihm sind die Complexe mehr, sie haben directe ursächliche Bedeutung, ohne sie kommt die Dementia praecox nicht zu Stande. Die Complexe, die Jung feststellt, sind solche der Beeinträchtigung und der Grösse. Jung sagt bei der Analyse eines Falles von Dementia paranoides wörtlich Folgendes: „Die bewusste psychische Thätigkeit der Patientin beschränkt sich darauf, systematisch Wunscherfüllungen zu schaffen, gewissermaassen als Aequivalent für ein arbeits- und entbehrungsreiches Leben und für deprimirende Eindrücke eines verwahrlosten familiären Milieus. Die unbewusste psychische Thätigkeit dagegen stand ganz unter dem Einfluss der verdrängten contrastirenden Complexe, einerseits des Beeinträchtigungscomplexes, andrerseits der Reste normaler Correctur".

Ich kann nicht verhehlen, dass ich mit Erstaunen gelesen habe, dass gerade diese Complexe die Ursache der Dementia praecox — jedenfalls in dem betreffenden Falle — sein sollen. Jung stellt sie dadurch auf die gleiche Werthstufe mit den Complexen, die nach

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Freund die Hysterie verursachen sollen, so sexuellen Angriffen und und anderen schweren seelischen Erschütterungen. Kann man aber thatsächlich diese unter einander vergleichen? Meines Erachtens nicht. Bei den Complexen, die der Hysterie als Ursache dienen sollen, handelt es sich doch immerhin um stark affectbetonte Erinnerungen ganz besonderer Art, gerade dem einen Individuum eigen, um Erfahrungen, wie sie nicht jeder oder nur wenige machen. Die Complexe der Wunscherfüllung dagegen mit den zugehörigen Contrastcomplexen der Beeinträchtigung sind das Kennzeichen menschlichen Denkens und Lebens überhaupt. Im täglichen Hasten und Treiben treten beim Erwachsenen diese Gedankengänge mehr zurück, aber zeitweise treten uns doch in ruhigen Stunden und bei nachdenklicher Stimmung viele der Erfüllung harrende Wünsche vor die Seele. Zu anderen Zeiten machen sich Gedanken an Enttäuschung — durch eigene oder fremde Schuld oder durch die Ungunst der Verhältnisse — quälend bemerkbar. Fehlen thun ja diese Complexe der Wunscherfüllung wie der Beeinträchtigung nie, — ihr gesundes Wechselspiel bedingt den Fortschritt unseres Geschlechts. Es geht daher nicht wohl an, in ihnen, die Allgemeingut sind, die Ursachen der Dementia praecox oder einer anderen psychischen Störung zu sehen. Wenn sie sich in der Krankheit nicht nur wiederfinden, sondern sogar die Oberhand gewinnen, so hat das darin seinen Grund, dass in Folge der Krankheit das normale Denken und Urtheil verloren bezw. gestört ist, und die gewohnte Correctur und Kritik daher ausbleibt.

Wenn also diese Complexe, wie Jung ausführt, in der Krankheit das Denken beherrschen, so geschieht das meines Erachtens nicht, weil sie die Ursache der Erkrankung sind, sondern weil eben die Erkrankung besteht und ihnen gestattet, uncorrigirt hervorzutreten.

Der besondere Inhalt der Complexe der Beeinträchtigung und der Wunscherfüllung — wenn wir Jung's Ausdruck beibehalten wollen — hängt von dem Individuum und den umgebenden Verhältnissen ab, und dadurch wird die Verschiedenheit der Wahnideen bei der gleichen Gesammtrichtung bedingt. Sehr verständlich erscheint es, wenn solche Ideen und Wahrnehmungen, die beim Ausbruch der Krankheit besonders starke Affekte zeigten, nun auch weiterhin für die Dauer oder jedenfalls für längere Zeit den Gedankengang beherrschen, in ähnlicher Weise etwa, wie wir es von den Entstehungsbedingungen mancher Phobien und verwandter Zustände wissen. Es hat das L. Meyer[1]) mit

1) L. Meyer, Archiv f. Psychiatrie. Bd. 20. S. 1 ff.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem Ausdruck „Intentionspsychose“ bezeichnen wollen. In den einleitenden Worten zu seinem Aufsatz spricht er von „dem bestimmenden Einfluss psychischer Erschütterungen auf die im Augenblick vorhandenen Empfindungen, Vorstellungen und Willensrichtungen“.

Ich möchte dabei darauf hinweisen, dass sich auch sonst vielfach Anklänge an die Freud-Jung'sche Lehre an anderen Stellen finden, so z. B. in den „überwerthigen Ideen“ Wernicke's. Aber alles kommt doch darauf hinaus, dass nicht die erwähnten Complexe die Ursache der Krankheit sind, sondern die Krankheit die Ursache der Complexe, in so fern sie dieselben ungehindert hervortreten lässt[1]).

Erscheint somit die „Ideogenitätslehre“, wie sie von Jung, Bleuler[2]) und Gross[3]) für die Dementia praecox, die Paranoia und das manisch-depressive Irresein vertreten wird, nicht begründet, so ist darum doch, wie ich hervorheben möchte, die Arbeit Jung's, wie die der anderen genannten Autoren, keineswegs bedeutungslos. Wenn wir Jung's Arbeit in's Auge fassen, so verdanken wir ihr vor allem einen Einblick in die Gedankengänge der Dementia praecox-Kranken, in die Entstehung der Neologismen etc., wie er uns sonst nicht ermöglicht war. Seine mühsamen Untersuchungen zeigen uns auch, dass es doch der Mühe werth ist, sich mit den Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen im Verlaufe der Dementia praecox, die oft als bedeutungslose Zuthaten nur angesehen werden, näher zu beschäftigen, da wir nicht so selten ein besseres Verständniss für das Krankheitsbild daraus gewinnen können. Es ist auch von Interesse, wie aus Jung's Untersuchungen hervorgeht, — vorausgesetzt, das Verfahren sei einwandsfrei —, dass die jetzt nicht selten missachtete Idee früherer Forscher von dem „Zerfall“ eines Wahnsystems doch nicht so ganz unbegründet war. Vielleicht ist gerade hier ein Weg gewiesen, der uns zur besseren Abgrenzung der Paranoia und der Dementia paranoides führen kann. Endlich liefert Jung auch — wie weit mit Bewusstsein, vermag ich nicht zu sagen, — einen Beitrag zu der alten Streitfrage, ob die Stereotypien und verwandte Erscheinungen durch Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen bedingt sind resp. sein

---

1) Es darf auch nicht verkannt werden, dass manch Paranoiker oder Kranke mit Dementia praecox Wahrnehmungen, die sie im Verlauf der Erkrankung machen, weiter verarbeiten und von ihnen aus ihren Wahnideen eine neue Richtung geben.

2) Bleuler, Affectivität, Suggestibilität und Paranoia. 1906.

3) Gross, Das Freud'sche Ideogenitätsmoment usw. 1907

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

können oder nicht, indem er wenigstens einen Theil derselben glaubt auf bestimmte Vorstellungen zurückführen zu können, eine Anschauung, zu der ja die Ideogenitätslehre naturgemäss führen muss. So haben die Untersuchungen Jung's unzweifelhaft manches Neue gebracht, die Ursache der Dementia praecox vermögen sie uns aber nicht zu erschliessen; insbesondere wird durch sie nicht der Nachweis erbracht, dass psychische Ursachen in Form stark affectbetonter Vorstellungskomplexe den Anstoss zur Entwicklung der Dementia praecox geben.

Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XXXVI.

32. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 1. und 2. Juni 1907.

Anwesend sind die Herren:

Prof. Dr. Eugen Albrecht (Frankfurt), Privatdoc. Dr. Arnsperger (Heidelberg), Prof. Dr. Aschaffenburg (Cöln), Prof. Dr. Aschoff (Freiburg), Dr. Aumüller (Hördt i. E.), Dr. Auerbach (Frankfurt), Med.-Rath Dr. Barbo (Pforzheim), Dr. Bayerthal (Worms), Dr. Bermann (Frankfurt a. M.), Med.-Rath Dr. Baumgärtner (Baden), Privatdoc. Dr. Bartels (Strassburg i. E.), Dr. Becker (Baden), Prof. Dr. Bethe (Strassburg i. E.), Geh.-Rath Prof. Dr. Bäumler (Freiburg), Dr. Barth (Baden), Dr. Beyer (Rodesbirken b. Leichlingen), Dr. Bing (Basel), Dr. Bloch (Basel), Privatdoc. Dr. Bumke (Freiburg), Dr. Burger (Baden), Prof. Dr. Cohnheim (Heidelberg), Prof. Dr. Cramer (Göttingen), Dr. Curschmann (Mainz), Dr. Dambacher (Karlsruhe), Director Dr. Damköhler (Klingenmünster), Privatdoc. Dr. Dannenberger (Giessen), Dr. Deetjen (Wilhelmshöhe), Prof. Dr. Dinkler (Aachen), Dr. Dreyfus (Heidelberg), Prof. Dr. Egger (Basel), Dr. Ebers (Baden), Geh.-Rath Prof. Dr. Erb (Baden), Dr. Eckard (Frankenthal), San.-Rath Dr. Eschle (Sinsheim), Prof. Dr. Ewald (Strassburg i. E.), Dr. Feldmann (Stuttgart), Dr. Fischler (Heidelberg), Dr. Filler (Heidelberg), Dr. Frey (Baden), Dr. Friedmann (Mannheim), Prof. Dr. Gaupp (Tübingen), Dr. Geissler (Heilbronn), Dr. Gierlich (Wiesbaden), Dr. Gruhle (Heidelberg), Dr. Grund (Heidelberg), Prof. Dr. Gottlieb (Heidelberg), Dr. Gross (Tübingen), Geh. Med.-Rath Dr. Haardt (Emmendingen), Dr. Heinsheimer (Baden), Privatdoc. Dr. Hellpach (Karlsruhe), Dr. Herzog (Mainz), Dr. Hey (Strassburg), Prof. Dr. v. Hippel (Heidelberg), Prof. Dr. His (Göttingen), Prof. Dr. Hoffmann (Düsseldorf), Dr. M. v. Hoffmann (Baden), Geh.-Rath Prof. Dr. Hoche (Freiburg), Dr. von Holzt (Konstanz), Dr. Hübner (Bonn), Dr. Heiligenthal (Baden), Prof. Dr. Jamin (Erlangen), Dr. Kalberlah (Frankfurt), Dr. Kaufmann (Mannheim), Dr. Kern (Stuttgart), Dr. Knauer (Giessen), Dr. Kohnstamm (Königstein

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

i. T.), Geh.-Rath Prof. v. Krehl (Heidelberg), Dr. Krumm (Karlsruhe), Dr. Kümmel (Heidelberg), San.-Rath Dr. Laquer (Frankfurt a. M.), Dr. Lasker (Freiburg), Dr. Laudenheimer (Alsbach b. Darmstadt), Geh.-Rath Prof. Dr. Leber (Heidelberg), Dr. Levy (Stuttgart), Privatdoc. Dr. Link (Freiburg i. B.), Dr. Lippert (Wiesbaden), Prof. Dr. Lüthje (Frankfurt), Dr. Mann (Mannheim), Prof. Dr. Magnus (Heidelberg), Prof. Dr. v. Monakow (Zürich), Geh.-Rath Prof. Dr. Moritz (Strassburg), Dr. Leo Müller (Heidelberg), Dr. Neumann (Karlsruhe), Dr. Neumann (Baden), Med.-Rath Dr. Nadler (Emmendingen), Oberarzt Dr. Nonne (Hamburg), Dr. Obkircher (Baden), Med.-Rath Dr. Oster (Illenau), Dr. Oster(Baden), Privatdoc. Dr. Pfersdorff (Strassburg i. E.), Privatdoc. Dr. Rosenfeld (Strassburg i. E.), Dr. Römer (Hirsau), Dr. Riese (Karlsruhe), Director Dr. Ransohoff (Stephansfeld), Prof. Dr. Stark (Karlsruhe), Dr. Schliep (Baden), Privatdoc. Dr. Schoenborn (Heidelberg), Dr. Schoepplenberg (Godesberg), Dr. Otto Schmitt (Karlsruhe), Privatdoc. Dr. Stock (Freiburg), Dr. Simmonds (Frankfurt a. M.), Geh.-Rath Dr. Schultze (Bonn), Dr. Schulz (Klingenmünster), Dr. Schütz (Wiesbaden), Dr. Seeligmann (Karlsruhe), Dr. Stengel (Bruchsal), Privatdoc. Dr. Spielmeyer (Freiburg), Dr. Schlayer (Tübingen), Privatdoc. Dr. Trendelenburg (Freiburg), Generalarzt Dr. Timann (Strassburg), Prof. Dr. Thomsen (Bonn), Dr. Urstein (Heidelberg), Prof. Dr. Weygandt (Würzburg), Dr. Wanner (Göttingen), Prof. Dr. Windscheid (Leipzig), Prof. Dr. Wollenberg (Strassburg i. E.), Prof. Dr. Westphal (Bonn), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Wachsmuth (Frankfurt a. M.), Dr. Zacher (Baden).

Ihr Fernbleiben haben entschuldigt und die Versammlung begrüsst:
Dr. Auerbach (Frankfurt), Prof. Dr. Buchholz (Hamburg), Dr. Eschle, San.-Rath (Sinsheim), Dr. G. Fischer (Stuttgart), Prof. Grützner (Tübingen), Dr. Homburger (Frankfurt), Prof. Dr. Knoblauch (Frankfurt), Prof. Dr. F. Müller (München), Prof. Dr. Nissl (Heidelberg), Dr. Rheinboldt (Kissingen), Dr. Römheld (Hornegg), Prof. Dr. Schwalbe (Strassburg), Geh.-Rath Dr. Schüle (Illenau), Director Dr. Stade (Hub).

I. Sitzung am 1. Juni 1907, Vormittags 11 Uhr.

Der 1. Geschäftsführer, Prof. Wollenberg-Strassburg, eröffnet die Versammlung und begrüsst die anwesenden Gäste und Mitglieder. Sodann gedenkt er der im letzten Jahre verstorbenen Fachcollegen und früheren Mitglieder der Versammlung Moebius, Wildermuth und Thomas. Die Anwesenden erheben sich zum Zeichen ehrenden Andenkens von ihren Sitzen.

Zum Vorsitzenden für die erste Sitzung wird Herr Prof. Moritz gewählt.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schriftführer: Privatdocent Dr. Bumke (Freiburg) und Dr. Rosenfeld (Strassburg).

1. Weygandt: Beitrag zur Aphasielehre, mit Krankenvorstellung.

Der Fall Voit ist in der Literatur als Grashey'scher Fall oder amnestischer Aphasiefall bekannt, eine stattliche Reihe von Arbeiten befasst sich mit ihm, darunter zwei Habilitationsschriften. Auch in der Badener Versammlung wurde vor 10 Jahren über ihn vorgetragen durch Wolff.

Am 11. November 1883 erlitt der damals gesunde Mann einen Unfall durch Sturz von der Treppe. Er wurde bewusstlos mit einer Kopfwunde fortgetragen, eine Basisfractur mit Veränderung der 3. Stirnwindung und grösserem Contusionsherd wurde angenommen und eine sich daran anschliessende Paralyse als wahrscheinlich angesehen. Klinisch am auffallendsten war die mangelhafte Articulation, ferner war zu bemerken träge Zuckung im rechten Facialisgebiete, die Zunge war rechts schmäler, der rechte Musc. orbic. war gelähmt; rechts bestand Hypalgesie. Das Gesichtsfeld war eingeengt. Das Gedächtniss war schwach, die Intelligenz schien abzunehmen.

Unter den localisatorischen Deutungen sei die von Wernicke hervorgehoben, der einen Herd in der optischen Sphäre annahm, die von Freud, der einen Herd in der acustischen Sphäre vermuthete.

Grashey unterzog den Fall eingehenden Prüfungen. Er stellte fest, dass Voit Gesehenes erkannte, also sein Centrum für Objectbilder intact war, dass er ferner Gesprochenes verstand, also das Centrum für Klangbilder intact sein musste. Der Patient fand zum Klangbild das Objectbild, aber nicht zum Objectbild das Klangbild. Eine Unterbrechung dieser Verbindungsbahn würde sich nur in gekünstelter Weise annehmen lassen. Zur Erklärung wurde vielmehr darauf hingewiesen, dass jedes Wort successive entsteht und jeder Buchstabe eine gewisse Zeit, etwa 0,06 Secunden, nöthig hat, während die Objectbilder relativ fertig sind. Das Klangbild erfordert somit mehr Zeit, dazu aber reicht bei Voit das kurze Gedächtniss nicht aus. Jedoch unterstützt er das Gedächtniss, indem er schreibend das Klangbild fand.

Dieser eigenartige Befund, dass der Patient sich erst das Wort hinschreiben musste, ehe er es aussprechen konnte, veranlasste dann Sommer zu weiteren detaillirten Untersuchungen. Er stellte fest, dass Voit, wenn man ihm die rechte Hand festhielt, mit der linken Hand zu schreiben suchte; wenn man ihm auch diese festhielt, mit den Beinen; ja wenn auch diese festgehalten wurden, mit der Zunge; wenn auch die Zunge fixirt wird, im Zustande totaler Fesselung, konnte Voit sich kein Klangbild in das Bewusstsein rufen. Vorgesprochene Theile eines Wortes, z. B. Freu statt Freund, vermochte er noch nicht zu erkennen.

Wolff hat später darauf aufmerksam gemacht, dass zunächst eine Schriftvorstellung auftaucht, da Voit sofort richtig F, V oder Ph zu schreiben beginnt, je nachdem man ihn veranlasst, die Bezeichnung Fisch, Vogel oder Photograph mit ihrem gleichen Anlaut und ihrer verschiedenen Sprachweise wiederzugeben.

Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Fernerhin wies Wolff darauf hin, dass Voit Eigenschaften nicht schreibend zu finden vermochte. Die Fragen: Welche Farbe haben die Blätter? Wieviel Beine hat das Pferd? Ist der Zucker bitter? Schreit der Hahn miau? u. s. w. wusste er zunächst nicht zu beantworten. Erst dann, wenn er sich die Eigenschaften anschaulich gemacht hatte, konnte er sie schreiben und daraufhin aussprechen. Auf die Frage: wie sind die Blätter? ging er an's Fenster, sah sich erst Blätter an und sagte dann schreibend: Grün. Auf die Frage: Sind die Menschen auf der Strasse nackt? sah er wieder zum Fenster hinaus, sah sich Leute an und sagte dann: Nein, Kleider. Auf die Frage nach der Farbe des Blutes drückte er sich erst eine Acnepustel auf und sagte dann schreibend: Roth. Bei nichtsinnlichen Eigenschaften jedoch gab er richtige Antworten, besonders wenn er in frischer, guter Stimmung war. Auf die Frage: Was ist der, der alles vergisst? sagte er: Dumm, faul. Gefragt: Sind Sie ein elender Lump? wehrte er lachend ab. Es wurde somit eine allgemeine Schwäche der Reproduction von Erinnerungsvorstellungen festgestellt. Voit erschien als der Mensch der sinnlichen Anschauung. Die Annahme eines Apperceptionscentrums im Sinne von Wundt würde die Hauptsachen dieses Befundes erklären.

Von den übrigen Autoren, die sich mit dem Falle abgegeben haben, sei nur noch v. Monakow hervorgehoben, der unter der nicht ganz zutreffenden Annahme, dass der Fall in Genesung übergegangen sei, den Nachdruck auf die verzögerte Perception legte und die Erklärung als eine functionelle Aphasie zweifellos traumatisch-hysterischen Ursprungs suchte.

Der heutige Status zeigt einen blühend aussehenden, etwas fettleibigen und leicht congestionirten Mann, der eher jünger aussieht, als seinem Alter von 50 Jahren entspricht. Der VII rechts ist paretisch, besonders in dem oberen Theile, doch besteht keine Entartungsreaction mehr. Häufig zeigt sich Tic convulsif. Eine leichte Struma findet sich. Die Pupillen und Augenbewegungen sind normal. Tremor besteht nicht. Der Händedruck ist beiderseits kräftig. Die Herzthätigkeit ist langsam, 48—60 Schläge in der Minute. Die Patellarreflexe sind zeitweise ein wenig lebhaft, der rechte dann stärker als der linke. Der Fusssohlenreflex ist lebhaft. Babinski und Fussclonus liegen nicht vor.

Voit erklärt nun, dass er sprechen könne, nur in der Aufregung falle es ihm etwas schwer. Er sagt, er könne auch ohne Mühe das öffentliche Telephon benützen. Ausführlich erzählt er von seinem wechselvollen Schicksal in fliessender Rede, wenn auch manchmal ein Anakoluth vorkommt oder Unsicherheit bei einem Namen besteht. Das Sprechen ist wohl begleitet von einigen Mitbewegungen im Gesichte und an den Fingern, manchmal werden Flickwörter benützt wie Dingsda, aber von dem früher mehrfach beschriebenen Schreiben ist jetzt nichts mehr zu finden.

Der Patient giebt wohl an, anfänglich sei ihm das Sprechen schwer gefallen, so dass er sich alles aufschreiben mussts, dann habe sich das aber gebessert, bis es nach einem weiteren Unfalle wieder schlimmer geworden wäre, jetzt aber sei wieder Besserung eingetreten. Das Fingerschreiben habe

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

er gewöhnlich nur angewendet, wenn er ängstlich war, was allerdings bei den ärztlichen Untersuchungen früher der Fall gewesen sei. Treffend betont er, die Stadt Würzburg hätte ihm 1889 gewiss nicht das Bürgerrecht gegeben, wenn er damals durch sprachliche Mängel arbeitsbeschränkt gewesen wäre. Auffassungsreactionen mit Zeitmessung ergaben, dass er Gegenstände und Bilder der verschiedensten Art ganz richtig zu benennen versteht und nur wenig langsamer reagirt als ein andauernd gesunder Mensch; 1,4—1,5 Secunden beträgt seine Auffassungsreactionszeit im Durchschnitt.

Ferner ist zu constatiren, dass Voit jetzt auch sinnliche Eigenschaften richtig anzugeben weiss. Etwas schwieriger fiel es ihm einmal, auf den Ausdruck bitter zu kommen. Er bildet auch Begriffe höherer Ordnung und kann subsumiren etc. Er ist durchaus besonnen, geordnet, über Ort und auch Zeit orientirt, er berechnet das Datum über 8 Tage, findet sich im Kalender zurecht. Er rechnet mittelmässig, hat allerdings gegenwärtig auch keinerlei Uebung darin. Immerhin bringt er Aufgaben wie den Zinsertrag von 400 Mark zu $4\,^1/_2$ pCt. oder schriftliche Additionen 4stelliger Zahlen fertig. Er weiss heute noch das Aussehen mancher seiner ärztlichen Untersucher, so von Grashey und Sommer, anzugeben.

Zur Klärung seiner auffallenden Angabe, dass seine anfänglichen Störungen besser, dann nach einem weiteren Unfalle aber wieder schlechter geworden seien, während sie heute geringfügig erscheinen und die damals charakteristische Sprachstörung gar nicht mehr vorliegt, muss man die Beziehungen zwischen Unfall und Entschädigung bei Voit berücksichtigen. Der erste Unfall von 1883 geschah durch eigenes Verschulden, ein Entschädigungsanspruch bestand nicht, nur eine einmalige Unterstützung von 200 Mark war gewährt. Nach geraumer Zeit trat Erholung von den damaligen Unfallfolgen ein. Voit nahm wieder Arbeit an, war bei mehreren Firmen thätig, meist als Brauer, und leistete volle Arbeit. Ein Obermälzer sagte, als Zeuge vernommen, aus, dass gerade zu wichtigeren Arbeiten Voit verwandt wurde. Ein Brauereidirector erklärte, dass bei Voit von auffallender Störung des Sprachvermögens oder Gedächtnissschwäche nichts zu bemerken war. Voit zeigt heute noch sein Arbeitsbuch vor, nach dem er mit dem Versandt von Bierwagen beschäftigt war; er hatte dabei schriftliche Controlle zu führen und die versandten Quantitäten rechnerisch zu bestimmen. Mittlerweile heirathete er und zeugte gesunde Kinder.

Der zweite Unfall vom 17. Januar 1893 brachte einen Schlüsselbeinbruch mit zunächst 45 pCt. Erwerbsfähigkeitsherabsetzung, doch trat bald Heilung ein.

Am 21. Januar 1895 erlitt Voit einen dritten Unfall: Quetschung durch einen Eisenbahnwagen, Bruch des linken Vorderarmes, ferner der Rippen rechterseits und Zerreissung der Pleura und Verletzung der Lunge rechts. Hierauf war das Befinden in jeder Hinsicht schlecht, auch die Sprachstörung trat wieder auf und Voit erhob Unfallentschädigungsansprüche an die Eisenbahn. 15 Gutachten wurden bisher von der Bahn eingeholt. Bei einer Untersuchung in der inneren Klinik 1904 wurde festgestellt, dass Voit langsam ant-

Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

wortet, erst den Wortlaut suchen muss, dabei Hände und Finger benützt und auch mit den Gesichtsmuskeln zuckt. Zeitweise erschien auch die Orientirung gestört. Die Patellarreflexe waren lebhaft gesteigert. Ferner zeigte sich eine abgelaufene Pleuritis mit Schwartenbildung und Verwachsung des complementären Sinus. Auch Störung von Geruch, Geschmack, Gehör, sowie Parese des rechten Arms und der Hände wurde damals festgestellt und auf Grund des Zustandes volle Arbeitsunfähigkeit angenommen.

Die Rentenfrage wurde nun von Seiten der Bahn dahingehend gestellt: Ist der Verletzte schon vor der 3. Verletzung in Folge seiner Sprachstörung arbeitsunfähig oder erwerbsbeschränkt gewesen, oder war er zur Zeit der Verletzung im Besitze voller Erwerbsfähigkeit, so dass er lediglich durch die Folgen der schweren Verletzung vom 21. Januar 1895 heute erwerbsunfähig wäre? Somit hat Voit selbst das grösste Interesse daran, dass die Folgen der ersten Verletzung recht geringfügig erscheinen, weil er ja für die erste Verletzung mit der damaligen Sprachstörung keine Entschädigung beanspruchen kann. Wie wir sehen, spricht Voit in der That jetzt ausreichend gut, so dass er dadurch nicht erwerbsvermindert wäre.

Wir haben also im Verlaufe der Krankheitsgeschichte einen auffallenden Wechsel der Erscheinungen:

1. nach Unfall I Erschwerung der Auffassung, Association und Reproduction, besonders in der Erregung;
2. Besserung bis zur völligen Erwerbsfähigkeit und Heirath;
3. Verschlechterung nach dem dritten, den Thorax treffenden Unfall;
4. gegenwärtig nur geringe Schwierigkeit beim Wortfinden, aber doch immerhin ein Sprechen ohne die Hülfe des Schreibens und ohne Versuch, sich die Eigenschaften erst anschaulich zu machen; dabei etwas schwerfällige Auffassung.

Würde die Sprachstörung sich lediglich zurückgebildet haben, so könnte man daran denken, dass für den verletzten Hirntheil ein anderer vikariirend eintritt. Hier aber, wo Störung, Besserung, Störung und wieder Besserung aufeinander folgten, ist jene Erklärung ganz unzureichend. Wir müssen vielmehr zu einer Erklärung des Phänomens Beobachtungen aus der normalen Psychologie heranziehen. Wir müssen denken an die normalen Differenzen in der Auffassung und Reproduction. vor allem an jene mannigfachen individuellen Unterschiede, wie sie besonders auf dem Gebiete des Melodiegedächtnisses existiren, das zu seiner Bethätigung ja auch vielfach motorischer Hülfen bedarf. Schulkinder finden auch vielfach die richtige Orthographie schreibend. Es giebt zahlreiche Personen, die beim Sprechen malende Gesten zu Hülfe nehmen, vor allem in der Ermüdung. Das Versagen der Sprache lässt sich durch Hemmungen erklären, die bei Normalen auch nicht selten eine Rolle spielen in momentaner psychischer Erregung, so zwar, dass manche gelegentlich ihren eigenen Namen nicht zu nennen vermögen. Auch die sinnlichen Hülfen sind im normalen Leben verbreiteter, als es zunächst scheinen möchte. Wenn wir nach der Farbe einer weniger gebräuchlichen Briefmarke gefragt werden, etwa nach einer 30 Pfennig-Marke, so suchen wir es uns anschaulich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu machen, indem wir etwa einen Eilbrief aus der Tasche ziehen, oder auf Umwegen suchen wir es zu erreichen, indem wir bei der Frage einer 20 Pfennig-Marke an eine Postanweisung denken.

All dieses tritt in verstärktem Maasse auch bei pathologischen Fällen auf, bei denen eine Commotio cerebri nicht eine localisirte Störung in der Sprachregion, sondern eine allgemeine psychische Hemmung hervorgerufen hat. Die eigenartigen Hülfen sind wohl gelegentlich auch weiter ausgebildet worden durch eine gewisse Dressur in Folge der vielen Untersuchungen, auch kann die Suggestion des interessanten Falles dazu beitragen, dass sich ein Patient gerade nicht mehr bemüht, seine Beschwerden zu überwinden. Vor allem einflussreich war aber bei Voit gewiss die erwähnte Vorstellung der Rentenrücksicht. Früher wollte er recht krank erscheinen, weshalb er bei Untersuchungen sehr zurückhaltend im Sprechen überhaupt war. Jetzt hat er alles Interesse daran, gut zu sprechen, und er kann es. Eine Basisfractur oder eine anderweitige organische Alteration ist gewiss nicht in Abrede zu stellen. Deren Aeusserungen wurden jedoch zweifellos bald überlagert durch functionelle Störungen. Gerade die auffallende Sprachstörung bei Voit ist daher nicht durch Herdverletzung und Leitungsunterbrechung bedingt, sondern lediglich functionell.

2. Becker (Baden-Baden) demonstrirt einen Fall von Skerodermie, der während fünf Jahre auf die verschiedenste Weise behandelt war; u. a. mit Thiosinamininjectionen, Massage, Schwitzbädern, Tallermann, Fango, Salol, Bier'scher Stauung, Schilddrüsentabletten. Damit immer nur geringe Besserungen, die der heimathlichen Winterkälte nicht standhielten und das Fortschreiten der Krankheit nicht zu ändern vermochten. Im letzten Sommer durch gründliche Massage, mässige Fangobehandlung, Sonnenbäder, Sajodin, Halbbäder (unter steter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes des Kranken) ganz wesentliche allgemeine Besserung, die durch einen Winteraufenthalt im Süden festgehalten bezw. gefördert wurde.

3. Stark (Karlsruhe): Zur Pathologie der Gehirngeschwülste (mit Demonstrationen).

St. berichtet über eine 60jährige Patientin, die seit 10 Jahren an einer Gehstörung, seit 3—4 Jahren an Schwindel und Kopfschmerz leidet, seit etwa 3 Jahren am Stock gehen muss und seit mehreren Jahren rechts schwerhörig ist. Familienanamnese ohne Besonderheit. Befund bei der Aufnahme am 21. März 1906: Sensorium klar, Intelligenz, Sprache gut. Gang steif, spastisch paretisch mit Vorherrschen der spastischen Erscheinung. Beiderseits Babinsky und gesteigerte Patellarreflexe. Sensibilität normal. Beiderseits Stauungspapille r. l. Gehirnnerven: r. = Parese des mittleren und unteren Facialisastes, nervöse Schwerhörigkeit — Taubheit, rechte Zungenhälfte atrophisch; l. = Lähmung des Trigeminus (l. Gesichtshälfte geröthet, vermehrter Turgor, Sensibilität für alle Qualitäten herabgesetzt), motorischer Ast normal.

Verlauf: Anfang Kopfweh, das später verschwand, öfters Erbrechen, Gang bald unmöglich. Puls dauernd erhöht, allmählich eintretende Atrophie

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der r. Papille, R. Facialis: Parese aller 3 Aeste, l. Gesichtshälfte complette Anästhesie, auch der Cornea.

Atrophie beider Zungenhälften. Zunehmende Schwäche, zunehmende Arteriosklerose. 2. IX. or. Exitus. Diagnose: Da allgemeine Tumorsymptome (Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Stauungspapille) und Herdsymptome (l. Erkrankung des Nerv V und VII; rechts des Nerv VII, VIII, XII), ferner Pyramidenbahnerkrankung (Spasmen beider Beine, Babinsky, gesteigerte Patellarreflexe) wurde die Diagnose auf Pons-Oblongatatumor gestellt.

Auffallend war dabei die doppelseitige Hirnnervenerkrankung.

Dreimal wurde Lumbalpunction gemacht: Bei der ersten kein vermehrter Druck, keine Leukocytose, bei der zweiten Punction: kein vermehrter Druck, Lymphocytose, bei der dritten Punction: kein vermehrter Druck, bernsteingelbe, trübe, gelatinöse, dick absetzende Flüssigkeit, die grosse Massen oxalsauren Kalks in Briefcouvertform enthält, ferner Fetttröpfchen. Dicke Gerinnung beim Kochen.

Anfang November 1906 begann aus dem rechten Nasenloch eine klare Flüssigkeit abzuträufeln von $^1/_4\,^0/_{00}$ Albumen, spec. Gew. 1011—1012, reichlicher Lymphocytose und Leukocytose. Täglich aufgefangene Menge 50 bis 60 ccm. Nasenbefund normal.

Diagnose: Cerebrospinalflüssigkeit. Injection von Methylenblau in den Duralsack in Lumbalgegend, die Nasenflüssigkeit ändert ihre Farbe nicht: keine Communication. Die Dura musste also durch den Tumor an einer Stelle zerstört sein und den Duralsack in zwei nicht communicirende Abschnitte getheilt haben.

Section: Kleinapfelgrosser Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel, der die rechte Pyramide und die deckende Dura zerstört hat. Träufelt man an dieser Stelle des Schädels Wasser auf, so läuft dasselbe durch die Nase ab. Der Tumor hat die rechte Pons-oblongata-Gegend zur Hälfte vollkommen comprimirt, Facialis und Acusticus sind in demselben aufgegangen, der Trigeminus ist zu einem schmalen Band zwischen Pons und Tumor comprimirt.

Ein Theil der rechten Kleinhirnhälfte ist in den Tumor aufgegangen.

Das Bild deckt sich vollkommen mit einem von Oppenheim 1889 in der Gesellschaft der Charitéärzte demonstrirten Tumor, der sich als Acusticustumor erwies. Auch in diesem Falle handelt es sich um einen Acusticustumor. Dass der Tumor vom Nerv, nicht vom Kleinhirn oder Dura ausgeht, beweist ein kleiner kirschkerngrosser zweiter Tumor, der im Ursprung des linken Trigeminus, diesen in sich aufnehmend, gelegen ist. Mikroskopisch handelt es sich um ein Gliosarkom.

Bemerkenswerth ist in dem Falle: 1. Die Multiplicität der Nerventumoren. 2. Der Abfluss der Cerebrospinalflüssigkeit durch die Nase. 3. Der Oxalatgehalt der bernsteingelben Cerebrospinalflüssigkeit und 4. die Zweitheilung des Duralsackes durch den Tumor.

4. Dinkler (Aachen) berichtet über drei Fälle von progressiver perniciöser Anämie mit spinalen Veränderungen. Im ersten Falle waren klinisch keine Erscheinungen von Seiten des Rückenmarkes nachweisbar, während anatomisch

Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

kleine keilförmige typische Degenerationsherde im Halsmark nachgewiesen wurden. Im zweiten Fall handelte es sich der Schwere der spinalen klinischen Erscheinungen entsprechend um regellos vertheilte Herde im Bereiche des ganzen Rückenmarkes; von einer systematischen Erkrankung des Rückenmarkes war keine Rede. (Demonstration der Marchi-Präparate.) Die dritte Fall zeigte schwere spinale Erscheinungen sowie Netzhautblutungen und kam zur völligen Heilung. Nähere Mittheilung a. a. O.

5. W. Erb (Heidelberg): Ueber Diagnose und Frühdiagnose der syphilogenen Erkrankungen des centralen Nervensystems.

E. weist darauf hin, dass trotz der nach langem Kampfe jetzt endgültig entschiedenen Frage des Zusammenhangs von Tabes und Paralyse mit der vorausgegangenen Syphilis das Interesse an dieser Frage noch keineswegs erloschen, vielmehr noch gesteigert sei, dass noch manche wichtige Details der Entscheidung harrten und immer neue Probleme auftauchten.

An der Hand neuer Casuistik möchte er einige von diesen kurz besprechen. Zunächst die so wichtige Frühdiagnose der Tabes. Die Kenntniss der initialen, leichten, incompletten und abortiven Formen derselben. Besonders wichtig hier das Symptom der reflectorischen Pupillenstarre, der Miosis, Mydriasis und verwandter Pupillenphänomene. Ansicht der Franzosen darüber: Die spinale Myosis ist stets ein Zeichen vorhandener Lues; Ansicht von Möbius: Sie ist bereits beginnende Tabes. Beide haben bis zu einem gewissen Grade recht. Redner skizzirt kurz fünf Fälle, in welchen es ihm (in 3—9jähriger Beobachtung) gelungen ist, aus der anfangs ganz isolirt vorhandenen reflectorischen Pupillenstarre die spätere Entwickelung der Tabes zu verfolgen. In allen Fällen war sicher Lues vorhanden, aber eine Lumbalpunction nicht gemacht worden. Sie sind für beide Ansichten zu verwerthen.

In weiteren fünf Fällen bestand eine spinale Myosis schon längere Zeit, ohne jedes weitere Symptom von Tabes; in dreien war Lues nicht nachweisbar, in zweien davon wurde die Lumbalpunction mit negativem Befund (keine Lymphocytose!) gemacht.

E. weist darauf hin, dass in solchen Fällen die genaueste Untersuchung auf die objectiven Initialsymptome, die bekannt sind, zur Suchung der Diagnose stattfinden müsse. — Besonders wichtig sei hier die Heranziehung der Lumbalpunction als diagnostisches Hülfsmittel; er erwähnt das fast constante Vorkommen einer deutlichen Pleocytose (Vermehrung der zelligen Elemente, besonders der Lymphocyten) in der Lumbalflüssigkeit bei Tabes und Paralyse, betont aber, dass diese Untersuchung noch wesentlich ausgebildet und verfeinert werden müsse. — Er theilt dann einige casuistische Belege für ihren grossen Werth, aber auch für ihr gelegentliches Versagen und ihre Unsicherheit mit, speciell drei Fälle, in welchen die drohende oder bereits in der Entwicklung begriffene Tabes durch die Pleocytose nachgewiesen wurde; drei andere, in welchen das Ergebniss negativ, aber auch dadurch nicht bedeutungslos war. Es folgt eine Besprechung der die drei hier vorliegenden Thatsachen: die Pupillenstarre, die Tabes und die Pleocytose, ihren zeitlichen und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

örtlichen Zusammenhang, ihre Beziehungen zur Syphilis und zu den bis jetzt bekannten anatomischen Veränderungen (mit Hinweis auf die wichtigen Ergebnisse von Osc. Fischer an den Meningen). Die drei Facta können getrennt, jedes für sich, oder auch alle drei gleichzeitig vorhanden sein, in verschiedenen Reihenfolgen auftreten — alles dies zweifellos zurückzuführen auf die zu Grunde liegende Syphilis und ihre launenhaften Localisationen.

Nur weitere und bei den einzelnen Kranken mehrfach wiederholte Lumbalpunktionen können diese Verhältnisse definitiv aufklären; das hat aber grosse Schwierigkeiten.

Redner erwähnt noch zwei Fälle, in welchen das positive Ergebnis der Lumbalpunctionen (Pleocytose) anfangs die Diagnose irreleitete und Syphilis anzunehmen gestattete, als sich im weiteren Verlauf Tumoren im Gehirn und am Schädel herausstellten.

Trotzdem bleibt die Lumbalpunction in allen Fällen, wo Syphilis anamnestisch oder durch die Untersuchung nicht nachweisbar ist, von bedeutendem diagnostischen Werth.

Redner berührt dann die Frage, ob der Lumbalpunction auch bei anderen syphilogenen Affectionen des centralen Nervensystems als der Tabes und Paralyse, ein ebenso hoher Werth zuzusprechen ist, ob sie auch hier die ja nicht selten unsicher fundirte Diagnose zu stützen vermag; das scheint ihm noch nicht genügend festzustehen; er erwähnt zwei Fälle, in welchen die Diagnose auf syphilitische Cerebrospinalaffection klinisch vollkommen sicher gestellt erschien und doch die Lumbalpunction keine Pleocytose ergab. Nach einigen Bemerkungen darüber, wie sich dies etwa erklären liesse, wird auf die Nothwendigkeit weiterer Untersuchung hingewiesen.

Zum Schlusse findet E. eine höchst erfreuliche Ergänzung unserer diagnostischen Hülfsmittel in der neuerdings — mit der Möglichkeit, die Syphilis experimentell am Affen zu studiren, und mit dem Nachweis des Syphiliserregers zur eingehenden Bearbeitung gekommenen — serodiagnostischen Untersuchung: es wurde eine specifische serodiagnostische Reaction auf Syphilis, auf ihre Antigene und deren Reactionsproducte, die Antikörper gefunden; der Nachweis dieser specifischen Antikörper gelingt auch u. a. in der Lumbalflüssigkeit, und hier bedeutet dieser Nachweis — nach Ansicht der maassgebenden Forscher, Neisser, Wassermann, Schütze, Morgenroth u. A. — mit Sicherheit, dass das betr. Individuum zu irgend einer Zeit mit Syphilis durchseucht war oder es noch ist.

Trotz der höchst subtilen und mit vielen Cautelen und Controlen zu umgebenden Methode ist der Nachweis bei Tabes und Paralyse mit zweifelloser Sicherheit gelungen und spricht, nach Ansicht der Autoren, sehr dafür, dass diese Krankheiten direct von der Syphilis abhängen. — Redner führt die bisher gefundenen Resultate bei Paralyse, Tabes und sonstiger luetischer cerebrospinaler Affectionen an; sie sind besonders wichtig, weil durch sie die Schwierigkeiten des positiven Nachweises einer früheren syphilitischen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Durchseuchung, die ja oft unüberwindlich sind, beseitigt werden. — Und es ist zu hoffen, dass auf diesem Wege auch die Frage des Zusammenhangs der Tabes (und Paralyse) mit der Syphilis, für dessen Anerkennung die Anhänger der sog. Fournier-Erb'schen Lehre so lange gekämpft haben, unstreitig und in bejahendem Sinne entschieden wird.

6. Nonne (Hamburg) legt mikroskopische Präparate von zwei Fällen vor, in denen es sich um das klinische Bild der spastischen Spinalparalyse bei luetisch inficirt gewesenen Personen gehandelt hat. Im ersten Fall handelte es sich um einen 41jährigen Bahnbeamten, welcher mit 25 Jahren syphilitisch inficirt war und bei dem sich sechs Jahre nach der Infection die ersten Zeichen des Rückenmarkleidens zeigten. Patient war fünfmal auf der Abtheilung von Nonne im Eppendorfer Krankenhause und starb schliesslich an einer Apoplexia cerebri. Es fand sich anatomisch eine primäre Degeneration in den Pyramidenseitensträngen des Rückenmarks, vom mittleren Dorsaltheil aufwärts bis ins Halsmark hinein, anschliessend eine schmale Randdegeneration bis an die Medianfissur, ausserdem eine Leptomeningitis posterior im Cervical- und Dorsalmark, sowie eine Endarteriitis proliferans in den hinteren Wurzeln des Cervical- und Lumbaltheils. — Im zweiten Falle handelte es sich um ein 30jähriges weibliches Individuum, welches 14 Jahre vor ihrem Tode extragenital (Lippenschanker) inficirt war. Erstes Auftreten des Rückenmarkleidens vier Jahre nach der Infection, vorübergehende Besserung nach einer Quecksilber- und Jodcur, dann Zunahme der spastischen Erscheinungen. Tod im Krankenhause an Decubitus und secundärer Sepsis. Rückenmarksbefund: Primäre Sclerose in den Pyramidenseitensträngen mit äusserst geringer Randdegeneration im Cervicalmark, geringe Leptomeningitis posterior im Cervical- und Dorsaltheil. — Im ersten Falle reichte die Pyramidendegeneration bis in die Medulla oblongata hinein und verlor sich weiter aufwärts; im zweiten Falle hörte die Degeneration gleich oberhalb der Pyramidenkreuzung auf. Das Gehirn zeigte im ersten Falle eine Arteriosclerose der Arterien, war im Uebrigen normal. Im zweiten Falle zeigte sich am Hirn überhaupt keine Anomalie. Im ersten Falle Orchitis fibrosa duplex, glatte Atrophie des Zungengrundes. Im zweiten Falle keine Residuen von Syphilis an den inneren Organen.

II. Sitzung am 1. Juni Nachmittags 2 Uhr.

Vorsitzender: Herr Romberg (Tübingen).

Es erstattet das Referat:

7. Hoche (Freiburg) über: Die klinischen Folgen der Unfallgesetzgebungen.

Vortr. führt zunächst aus, wie sich im Laufe der Vorbereitung des Referates das Thema verschoben hat; die „klinischen Folgen" erwiesen sich als viel weniger der Discussion bedürftig, als die Mittel, ihnen abzuhelfen; das hauptsächlichste Material erwuchs auch nicht aus einer vergleichenden Betrachtung verschiedenartiger Gesetzgebungen, sondern aus Thatsachen der deutschen Unfallversicherung und aus Daten, die dem Gebiete der in- und aus-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ländischen Haftpflicht und der Privatunfallversicherung entstammten. So stellte sich die Frage ganz allgemein: welche klinische Folgen hat bei Unfällen die Thatsache des Versichertseins und was kann geschehen, um diese in Wirklichkeit vorhandenen Folgen einzudämmen, ohne die Segnungen der Versicherung preiszugeben? Die wichtigste Unfallsfolge ist in diesem Zusammenhange die Erzeugung traumatisch nervöser, functioneller Zustände, deren Umgrenzung nicht mehr besonders vorgenommen zu werden braucht, da in dieser Hinsicht kaum Differenzen der Meinungen bestehen, in der Geschichte der Medicin wird das, was wir vor unsern Augen in grossem Maassstabe sich abspielen sehen, die Erzeugung einer psychisch-nervösen Epidemie durch ein staatliches Gesetz, ein sehr merkwürdiges Kapitel bleiben: auch rein zahlenmässig handelt es sich um keinen gleichgültigen Vorgang, wenn man bedenkt, dass zur Zeit in Deutschland ca. 20 Millionen Menschen der staatlichen Unfallversicherung angehören. Die absolute und relative Zunahme der Zahl der Fälle von traumatischer Neurose wird nicht bestritten; eben so wenig der darin gleichzeitig gegebene Faktor der moralischen Degeneration zahlreicher Arbeitskräfte. Der Vortragende stellt die Beweise für die Abhängigkeit dieser Fälle von der Thatsache des Versichertseins zusammen und erörtert die psychologischen Zusammenhänge. Die „Begehrungsvorstellungen" allein geben keine Erklärung, wenn sie auch als Motiv eine starke Wirkung entfalten; es kommen dazu die Zwischenglieder der Suggestion, der concentrirten gefühlsbetonten Aufmerksamkeit, der Kränkung empfindlichen Rechtsgefühls, vor Allem aber der Wegfall des sonst Nervöse erziehlich beeinflussenden Factors der Noth, des Zwanges, alles dieses auf dem Untergrunde bestimmter socialer Strömungen, die Rechte fordern, ohne Pflichten im gleichen Maasse anzuerkennen. Versuche, dem Nothstande des Ueberwucherns der traumatischen Neurosen entgegenzuwirken, liegen schon vor; zum Theil finden sie ihre Grenzen oder ihre Unmöglichkeit in den nun einmal bestehenden gesetzlichen Bestimmungen; einzelne andere, vom Reichsversicherungsamt unternommene Schritte, auf dem Wege der Auslegung Remedur zu schaffen, sind unhaltbar, weil sie von ärztlich falschen Voraussetzungen ausgehen. Da das Gesetz natürlich bleiben muss, handelt es sich um einzelne Aenderungen des jetzigen Modus, die man in „kleine" und „grosse" Mittel eintheilen kann. Zu jenen würde gehören: Abkürzung des Verfahrens, Reduktion der Untersuchungen und Verhöre, Uebernahme der Behandlung Unfallverletzter vom ersten Tage an, eventuell durch besonders geschulte Aerzte, Vermeiden bureaukratischer Schikanen, Beseitigung der Kostenlosigkeit der Berufungen (für den Fall der Ablehnung), Gewährung längerer Schonzeiten (während deren Renten nicht angefochten werden können) u. A. m. Als „grosse" Mittel wären zu bezeichnen: einmal die Regelung der Erziehung zur Arbeit, durch Einrichtung von Arbeitsnachweisen, eventuell auch Einstellung von Theilinvaliden zum vollen Lohn, und, was die einschneidendste Aenderung wäre, zweitens eine bedeutende Ausdehnung der Möglichkeit der Kapitalabfindung; die vom Vortragenden gesammelten Thatsachen über die Wirkung der Kapitalabfindung lassen gar keinen Zweifel darüber, dass wir in ihr das wirksamste Mittel zur Heilung einer grossen Theils der traumatischen Neurosen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und zur Besserung einer weiteren derselben bekämen. Die praktisch und theoretisch vorzubringenden Bedenken wären bei gutem Willen zu beseitigen, wenn das Princip anerkannt würde. Es ist an der Zeit, die ärztlichen Erfahrungen mit Energie, auch in der Oeffentlichkeit, zu vertreten; hat man seinerzeit das Gesetz ohne ärztliche Mitwirkung gemacht, so wird die Reform desselben, die nothwendig ist, sich erfolgreich nur auf die Beihilfe der Aerzte stützen können.

Es folgt der Vortrag von:

8. Windscheid (Leipzig): Ueber die klinischen Eigenthümlichkeiten der Unfallneurose nebst Bemerkungen über die Erfahrungen in Bezug auf Beobachtung und Behandlung von Unfallhysterikern im „Hermann-Haus" in Stötteritz bei Leipzig, Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft.

W. betrachtet die Unfallneurosen als eine durch das Unfallgesetz in der vorliegenden Ausdehnung erst geschaffene Erkrankung. Er tritt für die Bezeichnung Unfallneurose im Allgemeinen ein, klinisch setzt sich das Bild zusammen aus den bekannten Krankheitsbildern der Neurasthenie, der Hypochondrie und der Hysterie. Alle deren Eigenthümlichkeiten finden sich bei den Unfallneurosen wieder, nur dass bei ihnen der Unfall die auslösende Ursache ist. Man kann, um die Unfallneurosen zu erklären, von einer besonderen Reaction des Gehirns auf den Unfall sprechen, der „Unfallreaction", sie besteht in der Hauptsache in dem völligen Aufgehen des Verletzten in seinen Stimmungen und Empfindungen, alles was er vorher bereits an Krankheitszuständen besass, wird gleichfalls auf den Unfall bezogen, das Gehirn reagirt bei der Unfallneurose quantitativ und qualitativ erhöht. Daher erklären sich auch die bei der Hysterie so häufig vorkommenden localen Störungen an der Unfallstelle, nachdem die ersten Folgen dort längst beseitigt sind: es sind die Concentrationen der Vorstellungen auf den Ort des Trauma. Ob eine besondere Disposition des Nervensystems zur Unfallreaction gehört, ist nicht entschieden. Alkoholismus und erbliche Belastung spielen nicht die Rolle, die man ihnen oft zugeschrieben hat, dagegen fand W. bei seinen Unfallneurosen sehr oft körperliche Degenerationszeichen. Auf die Stärke des Unfalls kommt es jedenfalls nicht an. Die Unfallreaction tritt immer auf dem Umwege der Unfallrente ein, ohne sie ist die Unfallneurose nicht vorhanden, wie z. B. Studenten und Artisten beweisen. Simulation im Sinne einer absichtlichen Vortäuschung hält W. für höchst selten, die meisten Kranken zeigen eine Uebertreibung, die eben ihrer Neigung der Selbstbeobachtung und der Vorstellungsconcentration entspricht. Der Name der Begehrungsvorstellungen dafür ist gerechtfertigt, nur darf man damit nicht das Odium der bewussten Begehrung, d. h. eines unerlaubten Verlangens verbinden.

Die Errichtung von besonderen Unfallkrankenhäusern hat besonders ihre Berechtigung für die Unfallnervenkranken, die in derartigen Anstalten am Besten aufgehoben sind. Das Hermannhaus dient in erster Linie der Beobachtung, die durch sorgfältige Controllirung der Kranken erreicht wird, dann aber

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch durch das Arbeitsprincip der Klinik; arbeiten muss Jeder, und zwar wird die Arbeit, wie überhaupt die ganze Disciplin etwas militärisch gehalten. Eine Gefahr der psychischen Infection ist selbstredend vorhanden, man kann sie aber gerade durch das Arbeitsprincip verringern, und die Vortheile, die solche Unfallnervenkrankenhäuser darbieten, sind grösser. Ueber die Behandlung der Unfallnervenkranken sind keine sehr ermuthigende Erfahrungen im Hermannhause gemacht worden, obwohl alles geschieht, um die Kranken zu behandeln, die meisten wollen eben nicht gesund werden, weil ihnen die Rente höher steht als die Gesundheit, und sie eine Besserung nicht zugeben aus Angst, sie könnten die Rente verlieren.

(Autoreferat. Der Vortrag wird an anderer Stelle in erweiterter Form erscheinen.)

Discussion.

A. Hoffmann (Düsseldorf): Der bemerkenswerthe Vorschlag des Herrn Hoche, an Stelle der Rentenabfindung in möglichst ausgedehntem Maasse eine Capitalabfindung treten zu lassen, veranlasst mich, einige Worte zu dieser Frage zu sprechen.

Die günstigen Erfahrungen, welche die Privat-Versicherungsanstalten, sowie die Eisenbahn bei ihren Haftpflichtentschädigungen mit der Capitalabfindung gemacht haben, beruht wohl auf dem Umstande, dass gewöhnlich der einmal abgefundene nicht weiter versichert wird oder wie bei der Eisenbahn wiederholte Unfälle bei demselben Individuum selten vorkommen. Ich habe aber das Bedenken, dass, wenn bei der Arbeiterversicherung Capitalabfindung in grossem Maasse eingeführt wird, statt einer Rentenhysterie eine Capitalhysterie die Folge sein könnte. Dies Bedenken ist aber nicht nur rein theoretisch.

In den letzten Wochen hatte ich Veranlassung, einen Herrn zu begutachten, welcher das Glück hatte, nachdem er wegen der Folgen eines geringfügigen Unfalls auf der Eisenbahn, die in localen Schmerzen functioneller Natur bestanden, recht hoch mit Capital abgefunden war, ein halbes Jahr später wiederum einen leichten Unfall zu erleiden. Während das erste Mal localisirte hysterische Symptome, die sich auf den leicht contusionirten rechten Arm beschränkten, vorhanden waren, die, der Aussage des Kranken nach, wenige Monate nach der Capitalabfindung angeblich vollkommen geschwunden waren, trat nach dem zweiten ebenso leichten Unfall eine schwere allgemeine Hysterie auf. Der Kranke wurde von Heilanstalt zu Heilanstalt geschickt und von den verschiedensten hervorragenden Gutachtern begutachtet, welche in die Realität seines Leidens keine Zweifel setzten. Er stellte nun eine ganz erheblich höhere Forderung an die Eisenbahn, da er seit $2^1/_2$ Jahren gänzlich erwerbsunfähig ist.

Ich fürchte nun, dass bei der Leichtigkeit, mit der einem Arbeiter im Betriebe ein entsprechend geringfügiger Unfall zustossen kann, der für gewöhnlich keine Folgen hinterlässt, dass bei dem psychischen Verhalten dieser Bevölkerung und bei dem Verlockenden, was eine grössere Summe mit sich

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bringt, bei der Capitalabfindung in Frage kommen muss, dass erneute nervöse Unfallfolgen vielleicht ebenso häufig auftreten werden wie jetzt bei diesen Heilungen, und man wird vielleicht nach der Abfindung häufiger Heilungen sehen, aber neue Erkrankungen ebenfalls.

Egger (Basel): Es hat den Anschein, als ob man in Deutschland von ärztlicher Seite der Rentenabfindung überdrüssig geworden sei. In der Schweiz dagegen sieht der Entwurf zu einem neuen Unfallversicherungsgesetz Abschaffung der Capitalabfindung und Einführung der Rentenentschädigung vor.

Ich habe in praxi beide Systeme kennen gelernt. Ihr Herr Referent war der Meinung, dass ich Ihnen heute meine Erfahrungen über das schweizerische System der Capitalabfindung mittheilen sollte. Leider kam mir diese Aufforderung zu spät, als dass ich noch mein ganzes Material hätte sichten können. Die Arbeit ist in Angriff genommen worden, und Sie sollen in möglichst kurzer Zeit von dem Ergebniss in Kenntniss gesetzt werden.

Einige Erfahrungen, die sich nicht auf Zahlen, sondern mehr auf allgemeine Eindrücke stützen — ich möchte sie deshalb immer noch mit einiger Reserve wiedergeben —, fasse ich in folgende Sätze:

1. Ich kenne eine grosse Zahl von Neurasthenikern, welche dieselben subjectiven Beschwerden haben wie die Mehrzahl der Unfallneurastheniker und welche das ganze Jahr ihre Arbeit versehen.

2. Ebenso kenne ich eine Anzahl von Neurasthenikern, welche ihre Beschwerden auf einen Unfall zurückführen, der aber ausserhalb des Bereiches unsererer Haftpflichtgesetzgebung liegt. Auch diese arbeiten bei vollem Lohn das ganze Jahr hindurch. Sie sind, wie die erste Kategorie, gezwungen, von Zeit zu Zeit ärztlichen Rath in Anspruch zu nehmen.

3. Von den Unfallneurasthenikern hat selten einer die Arbeit voll wieder aufgenommen, ehe sein Fall definitiv erledigt war.

4. Unfallkranke, bei denen die definitive Erledigung der Angelegenheit nach dem ärztlichen Gutachten auf 1—2 Jahre zurückgestellt wurde, weil innerhalb dieser Frist eine Besserung des Leidens vorauszusehen war, haben nie eine Besserung zugegeben; im Gegentheil, sie versicherten durchweg, dass sich ihre Beschwerden verschlimmert hätten.

5. Bei einer Anzahl von Kranken, welche bei uns Renten erhielten (unser Haftpflichtgesetz sieht diese Art der Entschädigung bei Eisenbahnunfällen vor), habe ich nie Besserung eintreten gesehen.

6. Bei einigen Unfallkranken, die eine grosse Entschädigungssumme erhalten hatten, sah ich nachher prompte Heilung.

7. Unfallkranke, denen das Gericht eine kleine oder gar keine Entschädigung zugesprochen hatte, heilten nicht, bis sie alle Gerichtsinstanzen durchlaufen hatten. Wurde die erste Entscheidung von den obersten Instanzen bestätigt, so nahmen sie die Arbeit wieder auf und heilten.

Diese und ähnliche Erfahrung beschäftigte mich in meiner schon vor 11 Jahren ausgesprochenen Meinung, dass das Unfallversicherungsgesetz einen erheblichen Einfluss auf den Ablauf der traumatischen Neurosen habe und dass

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gewissermaassen eine Correktur dieser Schädigung zu erreichen sei durch rasche Erledigung der Entschädigungsfrage und Zubilligung einer kleinen definitiven Entschädigungssumme.

Was den klinischen Verlauf betrifft, so fand ich keinen wesentlichen Unterschied bei den deutschen und schweizerischen Unfallkranken. Ich erhielt den Eindruck, dass bei letzteren das Querulantenthum weniger hervortrat — wahrscheinlich als Folge der raschen und endgültigen Erledigung der Fälle.

Nonne (Hamburg) berichtet über 5 Fälle von schweren Kopfverletzungen ohne Unfall, die er seit einem Jahre gesammelt hat, und die trotz der schweren Verletzungen keine Unfallneurose, sondern Heilung zur Folge hatten. Bei zweien handelte es sich um Hämatom der Dura, drei gingen mit doppelseitiger Stauungspapille einher. Die beiden ersteren wurden trepanirt, der eine, der 20 Mark pro Tag verdiente, arbeitete nach 4 Wochen, der andere nach 3 Wochen wieder, die drei anderen erreichten gleichfalls wieder ihre Arbeitsfähigkeit, anscheinend weil sie nicht bei einer Unfallsversicherung waren. Ein weiterer Fall, ein Lehrer, der sich bei Schiessversuchen eine schwere Schussverletzung des Hirns beibrachte und nach $^1/_2$ Jahr arbeitsfähig war, bekam später nach einem leichten Schrotschuss durch einen Jäger eine typische Unfallneurasthenie. N. hat auch Rentensucht bei ganz Gesunden gesehen. Ein Matrose hatte nach einem Unfall von einer Rhederei eine Abfindung von 12000 Mark bekommen, später bekam er in Folge eines neuen Unfalles noch 40 pCt. Rente. Als er nach $1^1/_2$ Jahren noch Beschwerden hatte, brachte N. heraus, dass der Mann viele Morgen Land, die er sich für die Abfindungssumme gekauft hatte, selbst bebaute, also schwere Arbeit leistete. Nach Bericht einiger weiterer Fälle offensichtlicher Simulation sprach sich Vortr. zur Therapie dahin aus, dass auch er der Ansicht sei, dass das Appellationsverfahren nicht kostenlos sein dürfe, für eine hohe Anfangsrente sei er nicht. Trotz alles Pessimismus sei er doch der Ansicht, dass es Fälle gebe, in denen es Besserung gebe, wenn diese auch selten seien.

Bäumler (Freiburg in Br.): Ein Begutachtungsfall, mit welchem ich mich kürzlich wieder zu befassen hatte, liefert eine Bestätigung der von Hrn. Windscheid vorhin ausgesprochenen Erfahrung, dass zuweilen Unfallkranke alles oder manches, was sie überhaupt an Veränderungen oder krankhaften Erscheinungen an sich tragen, dem Unfall aufzubürden geneigt sind. Dabei kann es vorkommen, dass es sich um Veränderungen handelt, von denen sie erst durch eine für die Begutachtung vorgenommene ärztliche Untersuchung Kenntniss erhielten und die möglicherweise längst vor dem in Frage stehenden Unfall bestanden hatten.

In dem Fall, welchen ich dabei im Auge habe, handelte es sich zudem um ein Vorkommniss, das in Begutachtungsfällen von ausserordentlich grosser Wichtigkeit, aber, wie es scheint, garnicht bekannt ist: Nach selbst stumpfer Gewalteinwirkung kann am Schädel, ohne dass dabei eine Fraktur oder ein Eindruck am Knochen zu Stande gekommen wäre, nachträglich im Lauf von Monaten und Jahren eine der Quetschung entsprechende langsam zunehmende, dann bleibende Atrophie des Knochens in Form einer

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Furche oder Vertiefung sich ausbilden. Eine solche kann nach Jahr und Tag eine geheilte Schädelfractur vortäuschen.

In dem Fall, welchen ich schon vor mehreren Jahren zu begutachten hatte, handelte es sich um eine Contusion am Schädel durch Fall gegen eine Telegraphenstange ohne schwere Contusionserscheinungen. Es entwickelte sich allmählich eine traumatische Hysterie ohne Veränderungen an der verletzten Stelle. Jahr und Tag nach der Verletzung wurde von einem Chirurgen an einer Stelle mitten auf dem Scheitel eine Vertiefung im Knochen unter einer Hautnarbe gefunden und von demselben angenommen, die von der Kranken geklagten Kopfschmerzen seien auf eine bei jenem Unfall entstandene Fractur zurückzuführen, und eine Trepanation vorgeschlagen. Als die Kranke später behufs Abgabe eines Gutachtens in meine Beobachtung kam, ergab sich, dass jene Depression, die sich an einer bei dem fraglichen Unfall garnicht getroffenen Stelle befand, höchst wahrscheinlich von einem in früher Jugend erlittenen Fall vor einer Treppe herrührte. Thatsächlich scheint die erst bei einer späteren Untersuchung und nicht von dem Arzt, der die Verletzte gleich nach dem letzten Unfall behandelte, nachgewiesene Depression nachträglich in den Mittelpunkt des Interesses der Kranken und der Begutachtung gerückt worden zu sein.

Die richtige Deutung einer derartigen Depression wurde mir ermöglicht durch eine Beobachtung, die ich an mir selbst zu machen Gelegenheit hatte. Vor $10^1/_2$ Jahren erlitt ich an einem sehr nebligen Abend beim Herausgehen aus einem hellerleuchteten Hausgang in den stockfinsteren Garten einen Unfall durch Abstürzen über eine nicht verwahrte, in das Souterrain führende Steintreppe. Ich fiel dabei mit dem mit einem steifen Filzhut bedeckten Kopf gegen die seitliche, gleichfalls abgestufte steinerne Randeinfassung der Treppe. Eine Risswunde an der rechten Stirnseite von der Augenbraue aufwärts und eine der Treppenkante entsprechende winklige Riss- und Quetschwunde von ungefähr 10 Centimeter Länge auf dem Scheitel mit theilweiser Ablösung des Periosts, aber ohne Fractur, Fissur oder Impression des Knochens war die Folge. Gehirnerscheinungen, abgesehen von ganz kurzdauernder, höchstens 1 Minute betragender Bewusstlosigkeit, waren unmittelbar und später nicht aufgetreten. Die Wunden heilten mit Eiterung, und nach 4 Wochen war ich im Stande, meine Thätigkeit im vollen Umfang wieder aufzunehmen.

Längst nach völliger Vernarbung der Wunden und viele Monate später bemerkte ich, dass an der Stelle der Knochenquetschungen auf dem Scheitel sich Furchen ausbildeten, an einer Stelle zwei durch eine schmale Leiste getrennte Furchen, die im Lauf der Jahre sich noch deutlicher ausprägten. Da die Heilung durch Granulation und Eiterung zu Stande kam, ist die Galea etwas fester mit dem Knochen verbunden und weniger verschieblich, aber nur an einzelnen Stellen etwas fester verwachsen. Bei dem Heilungsvorgang hatte nur an einer einzigen ganz kleinen Stelle, woselbst längere Zeit mit der Sonde der blossliegende Knochen gefühlt werden konnte, eine unmerkliche Exfoliation oder Auflösung des Knochens stattgefunden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Irgend welche sonstige Folgen, wie Kopfschmerzen oder dergl., waren und sind niemals aufgetreten.

Wohl jedem, der diese Furchen jetzt untersucht und der nicht die Verletzung selbst gesehen und den Verlauf der Wundheilung verfolgt hat, würde zunächst bei diesem Befund der Gedanke sich aufdrängen, dass damals eine Fractur oder zum mindesten eine Impression der äusseren Knochentafel stattgefunden hätte.

Am Stirnbein, wo die Hautverletzung und Quetschung eine viel grössere gewesen war, ist wohl der eine Narbenrand etwas verdickt, aber eine Knochenfurche, wie oben am Scheitel, ist nicht aufgetreten. Offenbar ist der hier compactere Knochen hierzu weniger geneigt, als der des Scheitelbeins mit seiner dünneren Rindenschicht und dickeren Diploë.

Weder in pathologisch-anatomischen, noch in chirurgischen Werken habe ich über eine derartige Folge von theilweise stumpfen Knochenverletzungen am Schädel eine Angabe finden können. Wohl aber hat zuerst Sudeck in Hamburg und haben dann Kienböck in Wien, später Warburg in Köln auf trophische, durch Trauma hervorgerufene Störungen an Extremitätenknochen, die sogar zuweilen in grösserer Entfernung von der Stelle, die von der Verletzung getroffen worden war, sich zeigen können, aufmerksam gemacht. Diese „traumatische trophoneurotische Knochenatrophie", die vor allem durch Röntgendurchleuchtung zu erkennen ist, wurde von den Genannten in Parallele gestellt zu der reflectorisch zu Stande kommenden Muskelatrophie bei Gelenk- und Knochenaffectionen an den Extremitäten. Nonne (Hamburg) konnte auch bei centralen Erkrankungen des Nervensystems röntgenographisch Knochenatrophie in den auch von anderen trophischen Störungen betroffenen Extremitäten nachweisen.

Die Kenntniss einer vielleicht dieser „tropho-neurotischen Knochenatrophie" an den Extremitäten analogen, vielleicht aber auch als directe Folge der Quetschung und Entzündung auftretenden Veränderung am Schädel nach Traumen, ohne dass bei letzteren der Knochen unmittelbar schwerer verletzt worden wäre, scheint mir von grosser Wichtigkeit für die Beurtheilung und namentlich auch für die Begutachtung derartiger Fälle zu sein.

Cramer (Göttingen) führt aus, dass auch ohne Unfälle, namentlich auf endogenem Boden, Zustände von Nervosität vorkommen, welche sich ausserordentlich lange hinziehen, durch immer wieder auftretende Rückfälle sich auszeichnen und erst nach jahrelanger Behandlung einigermaassen sich bessern, auch wenn keine Rente im Spiel ist. Natürlich wird in solchen Fällen eine Unfallneurose ganz besonders ungünstig verlaufen. Ueberhaupt finden wir unter den sogenannten Unfallneurosen nicht wenig Disponirte, die selbst auf ganz leichte Unfälle viel schwerer reagiren als ganz Gesunde. Ja nicht wenige sind bereits vor dem Unfall nervös. Allerdings sind diese anamnestischen Verhältnisse in der Unfallversicherungspraxis sehr schwer klar zu legen, aus Gründen, die auf der Hand liegen. Sie spielen auch höchstens bei den Privatversicherungen eine Rolle, kommen aber bei der socialen Unfallversicherungs-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesetzgebung, die eben die Hülflosen, wenn nur irgend ein Zusammenhang mit einem Unfall besteht, unterstützen will, kaum in Betracht. Die „Begehrungsvorstellungen" hält Cramer nicht für ein Symptom der sogen. traumatischen Neurose, sondern für einen durchaus normalen Vorgang. Denn die meisten Menschen entschliessen sich nur schwer auf etwas zu verzichten, was sie nach ihrer Ueberzeugung eigentlich „mitnehmen können". Besonders kommt dieser Gesichtspunkt in Betracht, wenn es der Fiscus ist, der die Kosten aufzubringen hat. Man braucht sich nur die exorbitanten Ansprüche anzusehen, welche nach Eisenbahnunfällen erhoben werden. Bei jedem Büffet, das auf Congressen kostenlos zur Verfügung gestellt wird, kann man das Auftreten der Begehrungsvorstellungen bei einem nicht geringen Theil der Festtheilnehmer in acutester Weise sich entwickeln sehen. In der Unfallversicherungspraxis sehen wir häufig, dass namentlich auch die Weiblichkeit den männlichen Theil immer wieder aufreizt, ja auf nichts zu verzichten, „was mitgenommen werden kann." Dieser Trieb ruht nicht eher, als bis jede Aussicht, noch etwas zu bekommen, geschwunden ist. Selbstverständlich ergiebt sich daraus auch eine krankmachende Wirkung bei Individuen, welche mehr oder weniger disponirt und deshalb auch leichter suggestibel sind. Denn nur die Krankheit verspricht den erstrebten klingenden Lohn. Nur wenn die Krankheit festgestellt ist, kommt die Rente. Die Rente ist aber kein feststehendes Ding, sondern beweglich, sie kann herauf- und heruntergesetzt werden. Es wäre ja fiskalisch kein Unglück, wenn ein Rentenempfänger einmal ein paar Wochen 10 pCt. Rente zu viel bekäme, aber auch die neidischen Nachbarn passen auf und melden, wenn einer nach ihrer Ueberzeugung zu viel Rente bekommt. Die Folge davon ist, dass die Kranken nie Ruhe haben, durch immer erneute hochnothpeinliche Untersuchungen und Beobachtungen immer wieder auf ihre krankhaften Erscheinungen hingelenkt werden und von einem Gutachter für gesund, vom anderen krank erklärt, schliesslich mit dem besten Willen selbst nicht mehr wissen können, wie es mit ihnen steht. Kurz alles arbeitet darauf hin, die Frau zu Haus, die Sorge um die Existenz, die fortwährenden Untersuchungen, den Verunglückten zu einem anhaltenden Beobachten seines Zustandes unter dem Gesichtspunkte der Rente zu veranlassen. Er muss also schon sehr widerstandsfähig sein, wenn er keine Autosuggestionen nach der Seite der Krankheit hin haben will. Diese Gesichtspunkte setzen sich in ihrer Einwirkung auch fort, wenn wir den Patienten zur Behandlung bekommen. Die Ueberzeugung, dass er wieder gesund werden könnte, hat der Patient bei den vielfachen Untersuchungen, bei den Gesprächen, die er mit Leidensgenossen, mit Winkeladvokaten und anderen geführt hat, längst verloren; er kommt mit einem festen System von starken Gegensuggestionen und Vorurtheilen in die Klinik und das Sanatorium. Dabei bekümmert ihn der Gedanke: „Du könntest äusserlich einen gebesserten Eindruck machen, obschon du es nicht bist, dann könnte die Rente herabgesetzt werden, das wäre ein grosses Unglück, denn besser wirst du doch nicht." So kommt es denn, dass die Behandlung von Unfallkranken keine reine Freude ist. Es sind nur verschwindend wenig, bei denen wir Erfolg haben. Das zeigt sich besonders auf der Rase-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mühle, wo alle gesund werden, wenn sie nur lange genug bleiben, wenn kein Rentenstreitverfahren in Betracht kommt, die Unfallkranken aber im Gros sich nicht verändern und sich namentlich bei einem Versuche zur Beschäftigung meist unglaublich anstellen.

Eine Besserung pflegt meist nur dann einzutreten, wenn man in ihrer Gegenwart davon spricht, dass man sie entlassen müsse, weil eine weitere Behandlung doch keinen Zweck habe.

Ganz anders verhalten sich die Dinge in der Privat-Versicherungspraxis, wo man zu einer einmaligen Abfindung oder zu einem Vergleich gelangen kann. Hier erlebt man, um mit Bruns zu reden, die „unanständig raschen Genesungen". Cramer theilt entsprechende Beispiele mit. Ein dänischer College war kürzlich sehr erstaunt, als ihm Cramer die schlechten Erfolge der sogen. traumatischen Neurosen mittheilte und frug dann: „Ja, finden Sie denn denn nicht ab?" Er sprach mit dieser Frage mit dürren Worten das aus, was wir brauchen, die einmalige Abfindung. Soll diese einmalige Abfindung Erfolg haben, dann muss sie unwiderruflich sein, es darf keine Hinterthüre offen sein, die den oben geschilderten Mechanismus wieder in Action treten lässt. Gewiss kann es vorkommen, dass der eine oder der andere die Abfindungssumme verjubelt oder dass er auf andere Weise darum geprellt wird, das sind aber Kleinigkeiten gegenüber der Thatsache, dass das Gros der Rentenempfänger, von den krankmachenden Verhältnissen befreit, wieder gesund und arbeitsfähig wird.

Was die Beschäftigung der Nervösen im Allgemeinen betrifft, so hat Cramer nach grossen Schwierigkeiten im Anfang in den letzten beiden Jahren nur günstige Resultate auf der Rasemühle gesehen bei allen denen, die gesund werden wollten. Bedingung ist allerdings. dass die Arbeit ärztlich dosirt wird und dass der Arzt selbst wie bei der Gymnastik und beim Turnen so auch beim Arbeiten mit dem guten Beispiel vorangeht. Cramer tritt also mit aller Entschiedenheit für die einmalige Abfindung ein. (Autoreferat.)

Gaupp (Tübingen) ist in seinem Referat auf der Naturforscher-Versammlung 1906 in Stuttgart in allem Wesentlichen zum gleichen Ergebniss gekommen wie Hoche; nur in zwei Punkten ist er etwas anderer Meinung. Die Thasache, dass die Schwere des Trauma's keinen maassgebenden Einfluss auf Schwere und Dauer der neurotischen Symptome hat, zwingt zur Annahme, dass die individuelle Disposition des Erkrankten eine grosse Rolle spiele. Der Nachweis der erblichen Belastung gelingt freilich sehr oft nicht, hauptsächlich deshalb, weil der Verletzte und seine Angehörigen im Bestreben, den Unfall allein verantwortlich zu machen, unvollständige oder auch bewusst unrichtige Angaben machen. Ferner ist Gaupp im Unterschied von Hoche der Ansicht, dass bezüglich der Kapitalabfindung detaillirte Vorschläge erwünscht sind. Der Rath der Kapitalabfindung ist schon alt (Jolly). Die Praktiker treten der Sache nicht näher, weil es bisher noch unklar ist, wie diese Kapitalabfindung praktisch in die Wege geleitet werden soll. Einen

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

solchen Vorschlag hat Gaupp 1906 gemacht; er hätte gewünscht, dass er von Hoche auf seine Zweckmässigkeit geprüft worden wäre.

Beyer (Roderbirken): Wenn wir den Einfluss der Versicherungsgesetze auf den klinischen Verlauf der Nervenkrankheiten studiren wollen, so glaube ich, dass wir uns nicht auf die traumatischen Neurosen allein beschränken dürfen. Dass das Trauma als specifische Ursache einer specifischen Nervenkrankheit nicht anzusehen ist, darüber sind wir uns wohl alle einig, ebenso aber auch darüber, dass gerade die Entschädigungsfrage von ausschlaggebender Bedeutung ist. Da liegt nun wohl die Frage nahe: wie steht es denn mit den Neurosen, die nicht traumatischen Ursprungs sind, bei denen aber der „Kampf um die Rente" die gleiche wichtige Rolle spielt, wie bei den traumatischen? Es scheint, dass solche Kranke bisher noch nicht in grösserer Zahl zur Beobachtung und wissenschaftlichen Bearbeitung gekommen sind, wahrscheinlich wohl deshalb, weil sie gewöhnlich nicht in speciell fachmännische Behandlung und Beurtheilung gelangen, sondern im Lande zerstreut von den praktischen Aerzten erledigt werden.

Ich bin nun in der Lage, mit derartigem Material in grösserem Umfange mich zu beschäftigen, nämlich in der neuen Rheinischen Volksheilstätte für weibliche Nervenkranke, der Heilstätte Roderbirken bei Leichlingen, die meiner Leitung unterstellt ist. Gestern war es gerade ein Jahr, seitdem die erste Kranke aufgenommen ist, und in dieser Zeit haben wir schon über 500 Aufnahmen gehabt. Darunter waren 404 Kranke, welche von der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz gemäss § 18 des Invalidengesetzes zum Heilverfahren überwiesen worden waren. Es gab nun eine ganze Anzahl unter ihnen, welche sich nicht zum Heilverfahren gemeldet, sondern Invalidenrente beantragt hatten, aber von der Landesversicherungsanstalt behufs Wiederherstellung in's Heilverfahren geschickt worden waren, und ferner solche, welche schon seit längerer oder kürzerer Zeit invalide waren, Rente bezogen hatten und nun von der Landesversicherungsanstalt der Heilstätte zugeschickt werden, damit sie wieder arbeitsfähig werden sollten. Wie viele das waren, kann ich Ihnen noch nicht sagen, denn bei der Ueberweisung von der Landesversicherungsanstalt erfahre ich nie, ob es sich bloss um einfaches Heilverfahren oder um die Rentenfrage handelt; erst am Schluss des Jahres werde ich mir von der Landesversicherungsanstalt eine Zusammenstellung darüber erbitten. Dies hat aber den Vortheil, dass wir in der Heilstätte völlig unbefangen und ohne Voreingenommenheit an die Behandlung aller uns überwiesenen Kranken herangingen. Wir machten nun folgende Erfahrungen:

Während die überwiegende Mehrzahl unserer Pfleglinge in unserer Heilstätte vorzügliche, theilweise geradezu glänzende Erfolge erzielte, gab es eine ganze Anzahl von solchen, welche garnicht voranzubringen waren, an Gewicht nicht zunahmen, mit einem Wort, die sich gerade wie unheilbare Unfallkranke verhielten. Da kam ich erst auf weitere Nachfrage dahinter, dass bei diesen ungünstigen Fällen gerade der Rentenkampf eine Rolle spielte, der sonst bei den zum einfachen Heilverfahren gemeldeten Kranken nicht in Betracht kam.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auf klinische Einzelheiten will ich hier nicht eingehen. Nur möchte ich u. A. bestätigen, was Hoche über die eventuell günstige Bedeutung der Nothlage für die Kranken gesagt hat. Auch ich habe gefunden, dass z. B. die häuslichen Verhältnisse, allerdings im umgekehrten Sinne, sehr wesentlich sind insofern, als sie bei günstiger Lage das Verlangen nach Rente befördern. Wenn eine Versicherte aus irgend einem Grunde stellenlos wird und in der eigenen Familie oder im eigenen Haushalt gerade gut zu brauchen ist, so benutzt sie irgend einen Anlass von gestörtem Befinden nur zu gern, um für sich Invalidenrente zu beantragen.

Wenn auch solche Krankheitsfälle, wie es scheint, noch nicht so allgemein bekannt sind, so sind sie natürlich nicht erst jetzt ganz neu entstanden. Wie es traumatische Neurosen gegeben hat schon vor der Unfallgesetzgebung, so hat man auch von jeher derartige Fälle gehabt, wie ich sie im Auge habe, bevor es ein Versicherungsgesetz gab. Ich erinnere z. B. an solche wohl jedem von Ihnen bekannte Patienten, die man wohl als „Spitalproducte" bezeichnet hat, wenn nämlich ein vorher gesunder Mensch in Folge irgend einer Krankheit in's Spital kam und nach deren Ablauf auf keine Weise wiederherzustellen und zur Arbeit zurückzuführen war. Solche Kranken zogen von einem Krankenhaus zum andern und erschöpften alle Möglichkeiten der mildthätigen und gesetzlichen Fürsorge. Ob sie nach oder in Folge der Krankenkassenorganisationen häufiger geworden sind, kann ich nicht beurtheilen; dafür fehlt mir das Material.

Das aber glaube ich mit Bestimmtheit sagen zu können, dass die Zahl der nichttraumatischen Neurosen unter der Wirksamkeit der Invalidengesetzgebung schon jetzt sehr gross ist und immer weiter wachsen wird. Wenn wir uns heute nur mit den „klinischen Folgen der Unfallgesetzgebung" beschäftigen, so werden wir uns zweifellos in wenigen Jahren „über die klinischen Folgen des Invalidengesetzes" zu unterhalten haben.

Allerdings liegt hier die Sache insofern anders, als es sich hier nicht um eine Entschädigung für einen erlittenen Unfall und dessen Folgen handelt, sondern um die Gewährung einer dauernden Unterstützung für dauernd erwerbsunfähige Kranke. Die Möglichkeit einer einmaligen Abfindung, wie sie für die Unfallkranken zur Vermeidung der schädlichen Folgen des „Kampf's um die Rente" vorgeschlagen worden ist, kann daher nicht in Frage kommen. Hier heisst es nur: Invalidenrente oder nichts! Gerade deshalb scheint mir aber die Betrachtung der invaliditätsversicherten nicht-traumatischen Nervenkranken von besonderer Wichtigkeit zu sein.

Bevor wir daher von unserm specialärztlichen Standpunkte aus den höhern Instanzen mit Verbesserungsvorschlägen für das Entschädigungsverfahren kommen, möchte ich dafür eintreten, dass wir vorher einmal unsere Studien auf dieses von mir angegebene breitere Arbeitsfeld ausdehnen.

Moritz (Strassburg) hebt hervor, dass seiner Meinung nach die noch vorhandenen Körperkräfte eines Unfallverletzten kein Kriterium für die bestehende oder vorgetäuschte Krankheit seien. Ein schwerer Hysteriker könne noch über sehr ansehnliche Körperkräfte verfügen. Die Abfindungssumme soll

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht derjenige Modus sein, welcher die allgemeine Regel bildet. Ein grösseres Capital befördert die Neigung der Unfallverletzten, zu übertreiben.

His (Göttingen): Aus den bisherigen Verhandlungen geht unzweifelhaft hervor, dass die gegenwärtige Form der Rentengewährung an dem Zustandekommen der Unfallneurosen ätiologisch betheiligt ist, und unser Bestreben muss dahin gehen, auf die Beseitigung dieser Causa morbi zu dringen. Es ist zu unterscheiden zwischen körperlichen Unfallsfolgen und traumatischen Neurosen. Für die ersteren erscheint eine jährliche Rente unbedenklich, für die letzteren, nach den Mittheilungen Hoche's und Egger's, die einmalige Capitalsabfindung vorzuziehen. Ich möchte der Versammlung die Frage vorlegen, ob sie diesen Standpunkt, der ja das Resümee der heutigen Verhandlung zu bilden scheint, in einer Resolution festlegen will.

Weygandt (Würzburg): In der Frage der Simulation von Unfallkranken stehe ich mehr auf dem Standpunkte von Nonne. Wir dürfen freilich bei Simulation nicht an Fälle denken, wie sie den Juristen vorschweben, die eine Simulation in Bezug auf § 51 Str.-G.-B. annehmen und sich vorstellen, dass viele Untersuchungsgefangene den wilden Mann spielen möchten. Unfallssimulanten haben doch eben einmal einen Unfall, ein gesundheitsersohütterndes Moment gehabt. Unsere grosse Zurückhaltung in der Annahme von Simulation oder bewusster Uebertreibung ist freilich begründet genug, weil wir oft genug auch bei ganz unverdächtigen Fällen sehen, wie sich nervöse Störungen beträchtlicher Art unserem objectiven Nachweise entziehen. Die Section oder auch manchmal Erfahrungen am eigenen Körper können uns hier belehren. Mancher Unfallkranke mit seiner Klage über constante Schmerzen in irgend einer Körperregion erinnert mich an ein Erlebniss vor etwa 12 Jahren, als ich auf einem Ausfluge einen Stoss erhielt und sofort darauf die heftigsten coccygalgischen Beschwerden verspürte, während die von Geheimrath Erb freundlichst vorgenommene Untersuchung nichts Objectives feststellen konnte. Aber bis jetzt noch spüre ich bei gewissen Körperstreckungen den damaligen charakteristischen intensiven Schmerz angedeutet. Trotzdem kann ich nach den Erfahrungen an dem Material in Unterfranken durchaus Simulation als vorkommend und Uebertreibung als häufig erklären.

Die wichtigste Frage ist nun, wie der Arzt in vielen Fällen feststellen soll, ob nicht doch zu Hause noch mehr oder weniger gearbeitet wird, während die Unfallkranken selbst erklären, sie können nichts oder nur ganz wenig leisten. Ich muss mich offen dahin aussprechen, dass zu einer Feststellung in allen Fällen die ärztliche Untersuchung nicht ausreicht. Thatsächlich ist der Wunsch des Einzelnen, sich auf Kosten anderer in irgend einer Weise zu bereichern, gerade durch die Unfallgesetzgebung erheblich gestiegen. Nicht nur das Verlangen nach Unfallrenten wächst zusehends, sondern auch auf anderen Gebieten sind die Entschädigungsprocesse in raschem Ansteigen begriffen, so Ansprüche gegen den Thierhalter u. s. w. Aber nicht nur die Neurologie und Psychiatrie leidet unter dieser Calamität, auch andere Disciplinen machen ähnliche Erfahrungen. Während früher ein Radiusbruch in kurzer Zeit glatt

Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

zu heilen war, klagt jetzt der Unfallkranke noch nach Jahr und Tag über angebliche Schmerzen oder unangenehme Gefühle an der Stelle seiner Radiusverletzung.

Erschwert wird die ärztliche Untersuchung durch die Unterstützung und Verhetzung, die dem Verletzten häufig in heimischen Verhältnissen zu Theil wird. Die Aerzte auf dem Lande sind vielfach geneigt, möglichst günstig über einen Verletzten auszusagen, da sie eben nicht nur die Gutachter, sondern weit mehr noch die behandelnden Aerzte sind. Geradezu abenteuerliche medicinische Behauptungen werden dabei manchmal aufgestellt; so las ich kürzlich von dem Auftreten einer Korsakow'schen Psychose sowie 3 pCt. Albumen nach Verletzung durch den Stoss einer Kuh. Die Angehörigen, aber unter ländlichen Verhältnissen auch die ganze Ortschaft, pflegen die Neigung des Verletzten, sich gehen zu lassen und sich in die Vorstellung des Krankseins möglichst hineinzuleben, durchaus zu unterstützen und zu verstärken. Auf dem Lande sind die Bargeldrenten gesucht und Rentenempfänger erfreuen sich besonderen Ansehens, so dass es z. B. vorkommt, dass sich ein solcher auf seine Visitenkarte als Beruf das Wort „Rentenempfänger" drucken lässt.

Inwieweit solche Elemente noch arbeiten oder nicht, das zu entscheiden vermag die ärztliche Untersuchung vielfach nicht. Es wäre dringend nothwendig, in dieser Hinsicht eigene Controlleure anzustellen, die in unverdächtiger Weise Informationen beschaffen über die Art und Weise, wie ein Rentenempfänger sich hinsichtlich seiner Beschäftigung thatsächlich verhält. Einzelne Privatversicherungsgesellschaften haben schon damit den Anfang gemacht. Aerzte selbst werden sich zu einer solchen Rolle nicht eignen, aber in Fühlung mit den Gutachtern sollten jene Controlleure treten.

Als Gutachter selbst sollten möglichst wenig behandelnde Aerzte herangezogen werden, sondern eher die Specialisten ausserhalb des Wohnortes des Verletzten. Leider ist die Gelegenheit, Unfallkranke klinisch zu beobachten, vor Allem in einem Milieu, in dem sie nicht weiteren ungünstigen Suggestionen ausgesetzt sind und auch nicht noch durch zahlreiche andere Unfallkranke geradezu angeleitet werden in der Auffassung ihrer eigenen Störungen noch keineswegs in ausreichendem Maasse zu finden.

Der Vorschlag der einmaligen Abfindung hat vieles für sich, aber bedenkliche Momente schliesst er doch ein. Zunächst ist die Möglichkeit, durch Uebertreibung den Arzt zu täuschen, dann viel leichter, wenn es auf eine oder zwei Untersuchungen ankommt, als bei den allerdings umständlicheren Wiederholungen der ärztlichen Untersuchung alle 1—2 Jahre längere Zeiträume hindurch. Fernerhin wird mancher Unfallverletzte, wofür jetzt schon Erfahrungen vorliegen, nach dem ersten Unfalle und seiner Abfindung alsbald trachten, abermals einen Unfall zu erleiden, ja manche Leute eignen sich eine gewisse Routine an, Unfälle zu provociren. Etwas anderes ist es, wenn der einmal durch Abfindung erledigte Fall dann auch aus der Versicherung überhaupt entlassen würde, wie es von Seiten mancher Privatversicherungen ja geschieht.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aerztlicherseits bleibt uns nichts übrig, als jeden Fall exact zu untersuchen, die Möglichkeit der Uebertreibung, vor Allem bei der Augenuntersuchung und elektrischen Prüfung, zu berücksichtigen, und die Einschätzung der Erwerksfähigkeitsherabsetzung nur mit grösster Vorsicht vorzunehmen. Auch wir müssen uns hüten, zu freigebig umzugehen mit den Mitteln der Gesammtheit, wenn wir in jedem Falle gerecht sein wollen, selbst auf die Gefahr hin, dem Einzelnen gegenüber hart zu erscheinen.

Feldmann (Stuttgart) geht davon aus, dass die Kapitalabfindung zwar für die privaten Unfallversicherungsgesellschaften die beste Methode darstellt, weil sie eine schnelle und einfache Handhabung des Geschäftes ermöglicht, dass sie jedoch der Staat deshalb nicht einführen kann, weil für den Gesetzgeber nicht das Geschäft, sondern die dauernde Unterstützung der erwerbsunfähigen Arbeiter in Betracht kommt.

Eine Unterscheidung von objectiv und subjectiv Erwerbsunfähigen ist practisch undurchführbar, die meisten Arbeiter wissen mit Kapital nichts anzufangen. Die Kapitalabfindung würde deshalb bei den dauernd Erwerbsunfähigen Krankheit und Armuth dauernd verknüpfen.

Grund (Heidelberg): Unter den Momenten, die zur Entstehung der traumatischen Neurose führen, spielt die zu grosse Nachgiebigkeit des begutachtenden Arztes eine Rolle, die der grössten Beachtung werth ist. Das Fehlen der Noth ist von dem Herrn Referenten mit Recht in den Mittelpunkt der Entstehungsursachen gestellt worden. Wenn derselbe aber richtig sagt, dass der Arzt die Noth nicht verordnen dürfe, so kann andererseits der begutachtende Arzt mit der Wirkung der Noth als mit einem objectiven Factor rechnen und diesen bei der Begutachtung einstellen. Der Begutachter ist nicht verpflichtet zu sagen, wieviel der Patient im Momente der Beobachtung arbeiten kann, wo er unter dem Einfluss eines abnormen Mangels an Noth steht, sondern er hat zu begutachten, wieviel Procent Arbeitsfähigkeit der Patient besitzt, wenn gleichzeitig der bei der entsprechenden Rente wirkende wirtschaftliche Zwang zur Arbeit seine Psyche beeinflusst. Unter den Mitteln, welche die traumatische Neurose einzuschränken im Stande sind, darf eine strictere Befolgung dieses Grundsatzes nicht vergessen werden.

Hellpach (Karlsruhe) bemerkt im Anschluss an die Erwähnung seiner Arbeit „Unfallneurosen und Arbeitfreude“ durch den Referenten, dass seine bisherigen Versuche, in dieser Richtung Material zu sammeln, nur die Durchkreuzung jenes muthmasslichen Zusammenhangs durch andere Motive ergeben habe; z. B. seien die auf dem Lande wohnenden und in den Mussestunden den Boden bebauenden Arbeiter anscheinend besonders rentensüchtig, einfach weil auf dem Lande eine Rente, auch eine kleine, für den Empfänger viel mehr bedeutet, als in der Stadt. Vielleicht gelinge es aber bei andern Arbeiterkategorien, eindeutig einen Zusammenhang zwischen Arbeitsfreude und Rentenverfolgung nachzuweisen — oder zu widerlegen. Redner wendet sich dann gegen den Kraepelin'schen Ausdruck „Schreckneurose“, der nur einen ganz kleinen Procentsatz der Unfallneurosen zu decken vermöge, für alle Anderen gänzlich unzutreffend und practisch nicht unbedenklich sei, da er

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die ätiologische Wichtigkeit des Rentenanspruchs verwische; es wäre zu wünschen, dass Kraepelin aus dem Kreise der ihm Nahestehenden heraus bestimmt werden könnte, jenen Terminus fallen zu lassen, dessen feste Einbürgerung andernfalls (bei der wachsenden Verbreitung des Kraepelin'schen Lehrbuches) zu befürchten sei.

Laquer (Frankfurt a. M.) schlägt vor, dass die Meinung der grossen Mehrheit der Versammlung in Form einer kurzen Resolution zum Ausdrucke gebracht werde, deren Inhalt und Form dem Referenten zu überlassen, in der aber u. a. die Bedeutung einer „einmaligen Abfindung" für die Heilung der Unfall-Neurosen zu betonen sei.

Schultze (Bonn) und

Erb (Heidelberg) sprechen sich gegen diesen Vorschlag aus, zum Theil aus materiellen Gründen, hauptsächlich aber auch mit Rücksicht auf die Statuten der Versammlung, die das Beschliesen einer Resolution verbieten.

Darauf zieht Laquer seinen Antrag wieder zurück.

Es erhält nun

Hoche dss Schlusswort, in der er die Schwierigkeit betont, auf die Einzelheiten der Diskussion einzugehen. Zur Frage der Abfindung bemerke er, dass die Summe natürlich nicht so hoch sein dürfe, dass ihre Zinsen der Rente entsprechen würden. An eine absichtliche Häufung der Unfälle (F. Schultze) glaube er nicht. Immerhin sei man ja heute in vielen Punkten einig, z. B. dass das Gesetz die Ursache der Erkrankung, das Verfahren schlecht sei. Dem Begehren eines Theiles der Versammlung nach einer Resolution oder Thesen werde er durch einige Schlussthesen zu seinem gedruckten Referat entgegenkommen.

Es folgen die Vorträge

9. Trendelenburg und Bumke (Freiburg i. Br.): Zur Frage der Bach'schen Pupillencentren in der Medulla oblongata.

Bach und Mayer waren durch Experimente an Katzen zu dem Ergebniss gekommen, dass doppelseitige Durchschneidung der Medulla am spinalen Ende der Rautengrube sofortige Lichtstarre beider Pupillen zur Folge hätte; ein einseitiger Schnitt sollte Lichtstarre der gekreuzten Pupille, Freilegung der Rautengrube oft Lichtstarre und Miosis (Tabespupillen!) hervorrufen. Bach erklärte diese Ergebnisse durch die Annahme von Hemmungscentren am spinalen Ende der Raute.

Diese bisher nicht einwandfrei nachgeprüften Experimente haben die Vortr. wiederholt, und zwar wurde viermal genau entsprechend den Bach-schen Versuchen bei künstlicher Athmung an der typischen Stelle die Medulla total durchschnitten, ausserdem aber viermal nur die eine Hälfte der Medulla durchtrennt und das Thier am Leben gelassen (bis drei Wochen). Die Vollständigkeit der Schnitte wurde anatomisch (Marchipräparate) controllirt.

Der Erfolg war in keinem Falle der von Bach und Meyer beschriebene; es trat niemals Lichtstarre ein, sondern stets nur (unmittelbar nach dem Schnitt) Pupillenerweiterung, und dementsprechend erfolgte dann sogar ein

Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

grösserer Ausschlag des Lichtreflexes. Niemals wurde bei Freilegung der Medulla Miosis beobachtet. Bei den am Leben gehaltenen Thieren mit Halbseitendurchschneidung bestand eine geringe Pupillendifferenz, deren Erklärung die Vortr. nooh offen lassen. — Die Vortr. können somit die Bach'schen Resultate nicht bestätigen und glauben, dass die Hypothesen dieses Autors aufgegeben werden müssen.

(Die ausführliche Veröffentlichung ist inzwischen in den klinischen Monatsblättern für Augenheilkunde erfolgt.) Eigenbericht.

10. Georges L. Dreyfus (Heidelberg): Die Melancholie ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins.

Vortragender hat das in den Jahren 1892—1906 unter der Diagnose Melancholie in der Heidelberger Psychiatrischen Klinik aufgenommene Material katamnestischen Untersuchungen unterzogen.

Nahezu die Hälfte aller Fälle konnte er persönlich nachuntersuchen. Von allen in Betracht kommenden Kranken konnte Vortragender direct oder indirect Nachricht erhalten.

Die Resultate seiner Ergebnisse decken sich nicht mit den bisherigen Anschauungen über das Wesen und den Verlauf der Melancholie des Rückbildungsalters, wie Kraepelin diese schildert.

Dreyfus gelangt zu folgenden Schlüssen: Die Melancholie des Rückbildungsalters muss ihrer Symptomatologie nach als manisch-depressiver Mischzustand aufgefasst werden. Sie hat die gleiche günstige Prognose wie alle circulären Depressionszustände. Diese wird nur einigermaassen getrübt durch die schweren körperlichen Schädigungen, welche nicht allzu selten den Tod an intercurrenten Krankheiten bedingen und durch die Möglichkeit des Hinzutretens einer arteriosklerotischen Hirnerkrankung, die als Ursache des etwaigen Ausgangs der Melancholie in Schwachsinn angesprochen werden muss. Der Ausgang in einen geistigen Schwächezustand ist im Gegensatz zu den bisherigen Anschauungen recht selten. Sehr häufig wird ein Schwachsinn aber vorgetäuscht. Dies erklärt sich durch die lange Krankheitsdauer der Melancholie. Geheilte Fälle mit 5—12jähriger Krankheitsdauer sind keineswegs selten.

Die Melancholie tritt sehr häufig nicht, wie man bisher annahm, zum ersten und einzigen Male im Rückbildungsalter auf. Depressionen können ihr vorangehen und folgen. Auch Manien nach Abklingen der Melancholie kommen vor.

Vortragender hat seine Ansichten über die klinische Stellung der Melancholie und die Ergebnisse seiner Untersuchungen in einer im Juni 1907 im Verlag von Gustav Fischer in Jena unter obigem Titel erschienenen Monographie niedergelegt.

III. Sitzung am 2. Juni, Vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender Herr Professor Hoche (Freiburg).

Als Ort für die nächste Versammlung wird wieder Baden-Baden bestimmt. Zu Geschäftsführenden werden die Herren Prof. Hoche und San.-Rath L. Laquer

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gewählt. Als Thema des Referats für 1907 wird bestimmt: Aufbrauch und Abbau des Nervensystems. Mit der Erstattung des Referats wird Herr Prof. L. Edinger betraut. Die Versammlung beschliesst der Möbius-Stiftung 100 Mk. zuzuwenden.

Herr Kohnstamm wünscht Diskussionen zu den Vorträgen. Herr Erb spricht sich dagegen aus, da sonst oft kleine Themata endlos und nutzlos diskutirt werden.

Es werden darauf die folgenden Vorträge gehalten:

11. Becker (Baden-Baden): Zur Kenntniss der Neuroglia.

B. hat mit einigen neuen Methoden die Gestaltung der Glia untersucht. Als Farbstoff wandte er u. a. die Leukobase des Methylenblau, die verschiedene Vorzüge vor dem Salz hat, theils allein mit der von ihm früher geschilderten minimalen Entfärbung, theils in Verbindung mit primären und secundären Beizen (Tannin, Thonerdesalzen u. s. w.).

Er streift kurz die Fragen der Gliagrenzen und Verbindungen mit den nicht ektodermalen Elementen (die Grenzschicht, die superficialen und perireticulären Grenzhäute, die Gliafüsse Held's u. a. kann er bisher nicht bestätigen; hier schliesst er sich mehr Weigert an, während er in Bezug auf das Verhältniss der Gliafasern zu den Gliazellen sich dem Standpunkt Held's u. a. nähert) und kommt hinsichtlich der Beziehungen der Glia zu den Nervenfasern zu folgender Auffassung.

1. Die Glia bildet das Gerüst der Markscheide.

2. Sie bildet ein Gerüst im Axencylinder, das identisch ist mit den bisher als Neurofibrillen bezeichneten Elementen und in welchem der Fortsatz der Nervenzelle liegt.

3. Die Glia des Centralnervensystems setzt sich auf die peripheren Nerven fort. Die Schwann'schen Zellen sind Gliazellen und bilden wie die centralen eine Fasernetzhülle um die Markscheiden (Schwann'sche Scheide) und das Stützgerüst der Markscheide und des Axencylinders.

Dergestalt sind sowohl Nerven- wie Gliazellen „Neuroblasten". Die geschilderten Verhältnisse werden an Zeichnungen und Präparaten demonstrirt.

12. A. Bethe (Strassburg): Ueber färberische Differenzen verschiedener Fasersysteme (mit Demonstration).

Wie von dem Vortragenden schon 1903 (allgem. Anat. und Physiol. des Nervensystems. p. 145) gezeigt wurde, färben sich mit neutraler Toluidinblaulösung im Rückenmark nach Fixirung mit reinem Alkohol ausser Ganglienzellen und Kernen nur die motorischen Nervenfasern. Die Strangfasern bleiben ganz ungefärbt und die Fasern der hinteren Wurzeln färben sich nur in ihrem extramedullären Verlauf. Nur in der Wurzeleintrittszone nehmen auch die letzteren in der Regel etwas Farbe an. Die Axencylinder der peripheren Nerven, der hinteren und vorderen Wurzeln und der intramedullären motorischen Fasern besitzen also die Fähigkeit, sich primär zu färben, während allen übrigen Nervenfasern des spinalen Nervensystems eine primäre Färbbarkeit nicht zukommt. (In einer späteren Arbeit wurde gezeigt, dass alle Fasern des Rücken-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

marks durch Behandlung der Schnitte mit verdünnten Säuren färbbar werden. (Hofmeister's Beiträge. Bd. 6. 1905. p. 414.)

Es blieb noch zu untersuchen, ob der principielle Unterschied zwischen motorischen Fasern einerseits und sensiblen und intracentralen Fasern andererseits auch im Gehirn zu constatiren ist.

Die Untersuchungen sind noch nicht ganz beendet, gestatten aber schon jetzt den Schluss, dass der am Rückenmark festgestellte Unterschied unter Einhaltung gewisser Cautelen auch für das Gehirn des Kaninchens, Hundes und Menschen zutrifft. Die sensiblen Hirnnerven verlieren ihre primäre Färbbarkeit beim Eintritt in den Hirnstamm. (Opticus und Olfactorius zeigen besondere Verhältnisse, die von anderer Seite untersucht werden.) Die Fasern der motorischen Hirnnerven bezw. die motorischen Fasern der gemischten Hirnnerven nehmen in der Regel sehr stark die Farbe an und sind bis zu den Ursprungszellen verfolgbar. Besonders schön gelingt die Färbung der motorischen Trigeminusfaserung und des Abducensverlaufs. Pyramidenfasern, Brückenfasern, Grosshirn- und Kleinhirnfasern etc. bleiben stets ungefärbt, so dass die Verfolgung der motorischen Fasern nicht gestört wird. Ausser den sicher motorischen Fasern des Hirnstamms giebt es aber noch einige andere Fasersysteme, welche stets die Farbe anzunehmen scheinen. Zu diesen gehören gewisse Fasern des Trapezkörpers.

Ob die Methode der primären Färbung für das Studium des Faserverlaufs nutzbringend sein wird oder ob ihr nur eine theoretische Bedeutung zukommt, lässt sich zur Zeit nicht entscheiden.

13. Herr Curschmann (Mainz): Ueber das functionelle Verhalten der Gefässe bei vasomotorischen und trophischen Neurosen.

Vortragender betont einleitend, dass die bisherige Systematisirung und Nomenclatur der vasomotorischen und trophischen Neurosen nicht in allen Punkten befriedigt. Nicht selten hat man über den symptomatologischen Standpunkt den functionellen (biologischen) vernachlässigt. Die Rolle der vasomotorischen Vorgänge bei den Akroparästhesieen, das Verhältniss der Akroparästhesien zum Morbus Raynaud, das des Morbus Raynaud zu den angiosclerotischen Dyskinesien (intermittirendes Hinken etc.), die Beziehung der vasoconstrictorischen Neurose (Akroparaesthesie) zur vasodilatatorischen (Erythromelalgie), alle diese Dinge bedürfen noch weiterer Durchforschung, die sich vor allem auf das functionelle Verhalten der Gefässe bei diesen Neurosen erstrecken muss.

Vortragender hat darum nach dem Vorgang O. Müller's (Untersuchungen bei normalen und arteriosclerotischen Individuen) die kranken Extremitäten der betreffenden Patienten pletysmographisch untersucht. Zugleich wurden Herz und Kreislauf physikalisch-diagnostisch und mittelst Blutdruckmessung (in und ohne Anfall) untersucht. Die Versuche wurden angestellt an 5 Fällen von Morbus Raynaud, an 2 Fällen von Dysbasia angiosclerotica, an einem Fall von Sclerodermie mit Raynaudsymptomen, an 3 Fällen von Akroparästhesien (1 mit Erythromelalgie gemischt), 1 Fall von polyneuritischen Akroparästhesien und 1 Fall von angioneurotischem Oedem. Die Resultate waren: Bei 2 schweren

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fällen von Morbus Raynaud fehlen alle normalen Gefässreflexe im Pletysmogramm (auf Temperaturreize, Schmerz und Affekte), dafür fanden sich bisweilen paradoxe Wärmereactionen (Vasoconstriction bei Wärmereizen). Bei 3 mittelschweren bis leichten Raynaudfällen fehlten ebenfalls alle Temperaturreactionen stets; dafür bisweilen Rudimente von Affect- oder Schmerzreactionen. Bei Sclerodermie fehlen ebenfalls alle Gefässreflexe. Auch in 2 Fällen von intermittirendem Hinken (mit Fehlen der Fusspulse) wurden stets und in jeder Phase sämmtliche Gefässreflexe vermisst. Vasomotorische Akroparästhesien zeigten gleichfalls — trotz des Fehlens objectiver vasomotorischer Symptome bei den im Intervall untersuchten Kranken — meist Fehlen oder hochgradige Herabsetzung aller Gefässreflexe; dagegen zeigte die polyneuritische Akroparästhesie normales pletysmographisches Verhalten. Beim angioneurotischen Oedem zeigte sich normale Kältereaction, aber Fehlen der Wärmereaction. Das stete Fehlen aller Gefässreflexe bei Morbus Raynaud und Sclerodermie (auch bei Jugendlichen) spricht also für eine dauernde (nicht nur paroxysmale) Vasoconstriction. Dasselbe müssen wir — wenn auch in geringerem Maasse — für die Akroparästhesieen nach ihrem pletysmographischen Verhalten annehmen, ein Hinweis auf die nahe Verwandtschaft der malignen und der benignen Neurose. Bei der angiosclerotischen Dysbasie genügt schon die Arteriosclerose zum Erlöschen der Gefässreflexe. Autoreferat.

14. Pfersdorff (Strassburg): Ueber dialogisirenden Rededrang.

Vortragender schildert den bei einem Falle von manisch-depressivem Irresein beobachteten eigenartigen Rededrang; dieser ist dadurch ausgezeichnet, dass die producirten Sätze sich durch fragenden und antwortenden Tonfall unterscheiden. Der vorgebrachte Inhalt dieser sprachlichen Aeusserungen wird dadurch sinnlos, dass der Satzbau zwar correct ist, die Wortwahl jedoch eine krankhafte, so dass ein sprachliches Product entsteht, dass mit manchen Formen katatonischer Aeusserungen grosse Aehnlichkeit hat. Die Kranken sind jedoch stets zu unterbrechen, beantworten Zwischenfragen sinngemäss und zeigen meist Krankheitseinsicht. Nur die nicht zur Mittheilung dienenden sprachlichen Aeusserungen zeigen die erwähnte Eigenart; sie erfolgen meist bei gleichzeitig bestehendem Erregungszustand der Sprachbewegungsvorstellungen, einen Vorgang, welchen der Kranke als „Gedankenzuschuss“ bezeichnet, mit einem Telephon vergleicht, jedoch nicht identificirt. Wortklang-Associationen fehlen nahezu ganz, hingegen sind Wortstamm-Associationen häufig. Bei einem manischen Anfall im Senium, der ebenfalls in völlige Genesung überging und den zweiten Anfall eines circulären Irreseins darstellte, konnte dieselbe Störung nachgewiesen werden; nur „klebten“ die sinnlos gewählten Worte bei correctem Satzbau.

(Der Vortrag wird in dem Gaupp'schen Centralblatt erscheinen).

15. M. Rosenfeld (Strassburg i. E.): Ueber einige Formen der vasomotorischen Neurose.

Im Anschluss an eine frühere Publication über eigenthümliche Verlaufsformen der vasomotorischen Neurose (cf. Centralblatt für Neurologie und Psychiatrie 1906, No. 220) berichtet V. über eine weitere Gruppe von Fällen,

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in welchen ein bestimmter Symptomcomplex, sog. vasomotorische Störungen, verbunden mit bestimmten psychischen Störungen anfallsweise auftritt und nach einiger Zeit wieder verschwindet. Bei von Hause aus leicht erregbaren Menschen von meist sehr guter Intelligenz treten akut ohne sicher nachweisbare äussere Ursache folgende Störungen auf: Akrocyanose, Akroneurose, Farbenwechsel, Dermographie, Herzklopfen ohne nennenswerthe Pulsbeschleunigung, gelegentlich Pulsverlangsamung, unangenehme Herzsensationen; starke Schweissproductionen, Brechneigung, Schwindelgefühl beim Liegen und namentlich beim Stehen und Gehen bis zu eigentlicher Gangstörung (vasomotorische Ataxie), heftige Parästhesien in einzelnen Extremitäten mit Störung des Lagegefühls und einer Art Tastlähmung; sehr auffällige Schwankungen der Urinmengen und plötzliche starke Abnahme des Körpergewichts. Zu diesen Symptomen auf körperlichem Gebiet gesellen sich folgende psychische Störungen; Müdigkeit, leichte Ermüdbarkeit; lebhafte optische ängstliche Träume, Illusionen im Halbschlaf, lebhafte Angst und Krankheitsgefühl ohne Neigung zu hypochondrischen Gedankengängen und Erklärungsversuchen über die Art des Leidens. Eine eigentliche Wahnbildung fehlt. Es besteht nur eine gewisse Neigung zu Eigenbeziehungen. Selbstvorwürfe finden sich nur insofern, als die Kranken ihre frühere angeblich unzweckmässige Lebensweise als die Ursache ihres Leidens bezeichnen. Auf motorischem Gebiet finden sich lebhaft gesteigerte Ausdrucksbewegungen; keine psychomotorische Hemmung; keine Denkhemmung, keine Monotonie der Sprache und der übrigen Bewegungen. In den meisten Fällen besteht der lebhafte Antrieb, trotz aller Beschwerden zu arbeiten. In einzelnen Fällen kann sich das Angstgefühl zu lebhaften Paroxysmen steigern, so dass auf der Höhe der Erkrankung kurzdauernde deliriöse Erregungszustände auftreten.

In dem acuten Stadium ist die Diagnose dieser Fälle insofern schwer, als die Symptomencomplexe möglicherweise das Initialstadium anderer psychischer oder nervöse Erkrankungen darstellen könnten. Die mehrjährige Beobachtung der Fälle lehrte aber, dass die geschilderten Symptome nach einiger Zeit wieder schwinden, dass der Allgemeinzustand der Kranken wieder derselbe wird wie vorher und dass derartige Krankheitsepisoden sich öfters in unregelmässigen Abständen wiederholen. Zur Differential-Diagnose dieser Fälle ist Folgendes zu sagen: In denjenigen Fällen, in welchen die körperlichen Symptome bestimmte Formen annehmen, wie z. B. Gleichgewichtsstörungen, rasch vorübergehende Augenmuskelstörungen, Sehstörungen (cf. l. c). Lagegefühlsstörungen in den Extremitäten, wird an den Beginn einer multiplen Sklerose zu denken sein. Die früher von dem V. mitgetheilten Fälle dieser Art sind aber auch nach Jahren nicht in die genannte Erkrankung übergegangen. Die körperlichen und psychischen Symptome erinnern ferner an die Begleitsymptome der Basedow'schen Erkrankung. Aber keins der Cardinalsymptome der genannten Erkrankung liess sich nachweisen, weder im acuten Stadium noch im späteren Verlauf. Gegen die Zuordnung dieser Fälle zu Hysterie sprechen zahlreiche Gründe, und zwar: die freien nichthysterisch gefärbten Intervalle, das Fehlen der hysterischen Stigmata, der hysterischen Charakter-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

veränderung und die völlige Unzugänglichkeit für suggestive Therapie. Obwohl die Kranken für zweckmässige Behandlung sehr empfänglich sind und namentlich Bettruhe, leichte Beruhigungsmittel und Digitalispräparate sehr gute Dienste leisten, gelingt es doch nicht, die Störung rasch zu coupiren. Sehr lehrreich sind in dieser Beziehung solche Fälle, in welchen während einer längeren Spitalbehandlung die genannten Symptomcomplexe allmählich schwinden und nach Wochen wieder auftreten, ohne dass in den äusseren Lebensbedingungen der Kranken irgend welche Aenderungen vorgenommen wurden. In ihrer Verlaufsform erinnern solche Fälle am meisten an die Cyclothymien resp. an die leichtesten Formen des manisch-depressiven Irreseins. Aber alle psychischen Cardinalsymptome der genannten Psychose fehlen oder kommen nur andeutungsweise zum Vorschein. Nach all' dem scheint es berechtigt, die genannten Fälle zu einer besonderen klinischen Gruppe zusammenzufassen, obwohl die Aetiologie unbekannt ist. Die Abgrenzung dieser Fälle hat nach der Meinung des V. nichts Gekünsteltes, sondern entspricht einem practischen klinischen Bedürfniss. V. schlägt vor, mit Rücksicht auf die bereits vorliegende Nomenclatur die Fälle als periodische vasomotorische Neurose zu bezeichnen.

16. Kohnstamm (Königstein i. Taun.): Ueber hypnotische Behandlung von Menstruationsstörungen.

Die hypnotische Beeinflussbarkeit der Menstruationsstörungen hat trotz der Mittheilungen von Forel u. A. bisher weder die verdiente practische noch theoretische Würdigung gefunden. Es kann unter Umständen von vitaler Bedeutung sein, einer Frau auf diesem Wege ihr Blut zu sparen, anstatt sie den Unannehmlichkeiten und den unsicheren Heilungschancen des Curettements unter Narkose auszusetzen. Für den internen und neurologischen Practiker wiegt die menstruelle Blutsparung häufig so viel, wie eine ganze Mastkur. Ich zweifle nicht daran, dass auch Menorrhagien bei hypnotisirbaren Myomkranken auf diesem Weg erfolgreich zu behandeln sind. — Theoretisch genommen ist dieser Vorgang ein Prototyp für die seelische Bedingtheit autonomvegetativer Organsysteme, oder wie man auch sagen könnte, für das unbewusst-psychische Eigenleben derselben. — Von grosser Wichtigkeit ist auch die aus unseren Erfahrungen zu ziehende Lehre, wie ausserordentliche Vorsicht geboten ist, wenn man die physiologische Wirkung von Massregeln beurtheilen will, die gegen Menstruationsstörungen gerichtet sind. Dies gilt sowohl für medikamentöse als für physikalische Einwirkungen. Auch die „Blutstopfung" nach Kussmaul-Fleiner-Klemperer, die nicht nur den Blutverlust, sondern auch menstruelle Leib- und Kopfschmerzen sowie die damit einhergehende Uebelkeit mit Erbrechen in geradezu wunderbarer Weise zu bekämpfen vermag, habe ich im Verdacht, dass sie neben ihrer mechanischen Wirkung (im Sinne Kussmaul's) in noch viel höherem Maasse eine suggestive „argumentatio ad uterum" bedeutet.

Statt weiterer Worte verweise ich auf die folgende Krankengeschichte:

Schon drei Wochen nach der letzten Periode, also eine Woche vor dem regelmässigen Termin, fühlt unsere Patientin Schwere in den Gliedern und

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verstimmung. Dann traten Magenkrämpfe, Kopf- und Kreuzschmerzen hinzu. Der Zustand wird fast unerträglich, bis nach 7—9 Wochen unter Erbrechen die Blutung beginnt, die mehrere Tage ohne übermässige Stärke andauert.

Ich gab also ungefähr am 30. Tage in tiefer Hypnose die Suggestion, dass am nächsten Morgen die Periode eintreten solle, was zu meiner Ueberraschung prompt geschah. Eine Woche vor der nächsten Periode wurde sie zu Hause im Einverständniss mit mir von gynäkologischer Seite mit bimanueller Massage und localen Blutentziehungen behandelt. Dies blieb ohne Erfolg, während meine hypnotische Suggestion wieder sofort zum Ziele führte. Dies wiederholte sich mehrere Male. Um die Patientin unabhängig von Hypnose und Hypnotiseur zu machen, gab ich am 30. September 1905 die Suggestion, dass morgen, am 1. October, und in Zukunft immer am Ersten jeden Monats die Periode eintreten solle. Die Suggestion wurde fünfmal genau realisirt, ohne dass zwischendurch eine Hypnose nöthig war. Im Februar 1906 äusserte die Patientin mir ihr Erstaunen über diese kalendrige Regelmässigkeit, von deren suggestiver Ursache ihr waches Bewusstsein nichts wusste. Doch fing sie offenbar an, den Zusammenhang zu ahnen, und es schien, als ob der suggerirte Mechanismus den Lichtschein des Wachbewusstseins nicht vertrüge. Denn am 1. März 1906 blieb die Periode zum ersten Mal wieder aus und kam von da an erst nach jedesmaliger Suggestion. Erwähnenswerth ist noch einmal, wo die Patientin mir nahelegte, erst am zweiten Tage nach der hypnotischen Sitzung unwohl werden zu wollen. Auch diese Suggestion wurde zur freudigen Ueberraschung der Patientin prompt realisirt.

Circa vier Wochen später wurde ich wieder von der Patientin consultirt mit der Klage, dass sie seit 14 Tagen blute. Ich gab die hypnotische Suggestion, dass die Blutung sofort stehen solle. Nach dem Erwachen veranlasste ich sie, die blutige mit einer neuen Menstruationsbinde zu vertauschen, von deren absoluter Blutfreiheit ich mich nach mehreren Stunden überzeugen konnte. Dieser Fall, dem ich noch andere — allerdings weniger überraschende — anschliessen könnte, zeigt, dass die verspätete und die zu lang dauernde Menstruation durch tief-hypnotische Suggestion in erwünschtem Sinne beeinflusst werden kann. In anderen Fällen zeigte sich auch die zu starke Blutung derselben Behandlung zugängig. Voraussetzung ist natürlich Hypnotisirbarkeit und Suggestibilität, die in meinen Fällen gelegentlich hypnotischer Behandlung der Schlaflosigkeit festgestellt wurden.

17. Knauer (Giessen): Ueber Stoffwechselstörungen in einem Falle von Pseudotumor.

19jähriger junger Mensch erkrankte acut unter leichten gastritischen Prodomalerscheinungen an einer furibunden katatonischen Erregung. Von Anfang an leichte paretische Zeichen auf der linken Körperhälfte. Nach etwa vier Wochen plötzlich, 24 Stunden lang, 434 schwere epileptiforme Anfälle, theilweise von Jackson'schem Charakter, mit Pupillendifferenz und linksseitiger Ptosis. Am nächsten Tag Lähmungen verschwunden und wieder typischer

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

functionell-katatonischer Bewegungsdrang bis zu dem vierten Tage nach dem Status erfolgenden Exitus.

Die Urine des Kranken zeigten dauernd hohe specifische Gewichte, enthielten nie Albumen, nie Traubenzucker, dagegen stieg am Anfallstage die Phosphatausscheidung enorm an, um mit dem Abklingen der Krämpfe wieder zurückzugehen. Vortragender konnte nachweisen, dass ein Theil der Harn-Phosphorsäure als Glycerin-Phosphorsäure erschienen war, dass also nicht bloss einfache Säureretention vorlag, fand ferner im Blut grosse Mengen Cholin. Die Harne zeigten dauernd intensive Indigoblau- und -roth-, sowie Diazoreaction, dagegen keine Gallenbestandtheile und kein Aceton. Die Mineralschwefelsäure zeigte hohe Werthe, während die Aetherschwefelsäure sich trotz der einseitig vermehrten Indoxylschwefelsäure in normalen Grenzen bewegte. Die N-Ausscheidung stieg auf Kosten des Körperstickstoffs ebenfalls enorm. Patient verlor in 8 Tagen 20 Pfund an Körpergewicht ohne Abstinenz. Von den N-haltigen Harnbestandtheilen erwiesen sich die Hippursäure und die Harnsäure leicht, das Ammoniak mit 9,6 pCt. des Gesammtstickstoffs stark vermehrt. Nach dem Anfallstage grosse Mengen Fleischmilchsäure in Harn und Blut. Diesen Körper sieht Vortragender aber mit Hoppe-Seyler nur als intermediäres Produkt einer mangelhaften Oxydation des Muskelglykogens, die durch den übermässigen O-Consum im Kraftstoffwechsel sich erklärt. Daher während der Attaquen nie Temperatursteigerungen. Die Paramilchsäure ist pathogen nur in Verbindung mit den anderen Säuren als Theilursache der starken Acidose.

Die Section förderte mikroskopisch nur eine leichte Mesenterialdrüsenschwellung zu Tage. Leber und Darm insbesondere waren ganz intact. Mikroskopisch fand sich als Ursache der Phosphatidüberschwemmung im Centralnervensystem, besonders im Pons und Rückenmark, ein ausgedehnter disseminirter Markscheidenzerfall, ähnlich den Bonhöffer'schen Bildern bei Delirium tremens.

18. Gierlich (Wiesbaden): Ueber einen Fall von neuraler Muskelatrophie mit Beginn in frühester Kindheit und Veränderungen der grauen und weissen Substanz des Rückenmarks, namentlich in den Hintersträngen.

Patient, der im Alter von 7 Jahren an Bronchopneumonie nach kurzem Krankenlager starb, war anscheinend gesund bis zum Ende des ersten Lebensjahres. Als er dann anfing zu laufen, stellte sich allmählich eine Lähmung der Dorsalflectoren beider Füsse ein mit consecutiver Verkürzung der Achillessehne, so dass im dritten Lebensjahre neben Krallenstellung der Zehen ein Pes equino-varus bestand, der das Gehen fast unmöglich machte. Durch Tenotomie wurde für einige Zeit eine Besserung erzielt, die aber beim Fortschritt des Leidens, das auch die Wadenmuskeln ergriff, wieder nachliess. Im vierten Lebensjahre begannen auch die kleinen Handmuskeln atrophisch zu werden, so dass Spreizen der Finger und Händedruck allmählich behindert waren. Die Muskeln des Oberschenkels, des Beckens, Rumpfes, Schulter und Arme ohne abnormen Befund. Die elektrische Untersuchung ergab starke Herabsetzung der Erregbarkeit für beide Stromesarten in den befallenen Muskeln. Die

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Patellar-Sehnenreflexe fehlten; keinerlei Sensibilitätsstörungen, keine Blasenstörung, keine Ataxie. Pupillenreaction normal. Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergab Degeneration in den Hintersträngen, die im unteren Lendenmark fast den ganzen Querschnitt derselben einnahm, weiter oben sich auf die Goll'schen Stränge beschränkte. Es befand sich ferner Degeneration leichten Grades in den hinteren lateralen Theilen des Seitenstranges, des Lenden- und Brustmarks. Lissauer'sche Randzone, hintere und vordere Wurzeln normal. Dagegen fanden sich Veränderungen in den Clarke'schen Säulen und der hinteren lateralen Zellgruppe der Lendenanschwellung. Hirnstamm, Gehirn und Kleinhirn nicht verändert.

Vortragender vergleicht diesen Befund mit den bisher veröffentlichten einschlägigen Untersuchungen (Virchow, Friedreich, Dubreuilh, Marinesco, Siemerling, Sainton), die im Allgemeinen gute Uebereinstimmung zeigen. Vortragender betont die Schwierigkeiten, die anatomischen Befunde mit dem klinischen Krankheitsbilde in Einklang zu bringen und erinnert bezüglich der Rückenmarksbefunde an die Aehnlichkeit mit der Friedreich'schen Ataxie.

Ein 1 Jahr älterer Bruder des Patienten litt an einer Muskelatrophie von gleichem Verlauf. Er starb acht Tage früher als Patient. Zwei jüngere Geschwister sind gesund.

19. van Oordt (St. Blasien): Sclerosis multiplex oder Lues cerebrospinalis chronica?

Während der optische Symptomencomplex: temporale Abblassung der Sehnervenpapillen mit häufigen Störungen des Sehens, wie Ermüdbarkeit der Sehkraft, vielgestaltige Amblyopie, centrale Skotome und insbesondere Defekte der Roth-Grünempfindung bei seltener Beeinträchtigung der Blau- und Gelbempfindung in Verbindung mit einem häufig schwankenden Missverhältniss zwischen Functionsstörung und anatomischen Schädigungen als eines der wichtigsten Zeichen der multiplen Sklerose gilt, wurde in einem so beginnenden Krankheitsfalle, wo zugleich eine vier Jahre zurückliegende luetische Infection bestand, eine Hg-Inunctionskur angewandt.

Der 33jährige Patient war mit temporaler Abblassung der Papillen, hochgradiger Amblyopie, centralem Skotom für grün, roth, gelb und weiss erkrankt. Es traten Miose, Pupillendifferenz, Erlöschen der Convergenzreaction bei erhaltener Lichtreaction, Steigerung der Sehnenreflexe, eine linksseitige spastische Parese der unteren Extremität, Oppenheim, Babinski und Abschwächung der linken Hautreflexe, sogar Fehlen des linken unteren Bauchreflexes, Blasen- und Mastdarmstörungen hinzu. Mit Rücksicht auf die zwar richtig behandelte luetische Affection wird eine dreimalige Schmierkur im Lauf von $1^1/_4$ Jahren durchgeführt mit jedesmaliger auffälliger Besserung aller oder wenigstens der meisten Symptome und mit dem Enderfolg, dass nur Reste der Farbenskotome übrig blieben; die Sehschärfe $^1/_2$ bis $^1/_3$ erreicht und mit Ausnahme einer Steigerung der Sehnenreflexe vom initialen Befund nichts mehr zu erkennen ist. Dagegen sind im Laufe der Behandlung eine radiculär-hypästhetische Zone am Rumpf, Ulnarisschmerzen und eine Beeinträchtigung der

Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Geruchs- und Geschmacksnerven hinzugekommen; Erscheinungen, die mehr zu Gunsten einer chronischen cerebrospinalen Lues sprechen.

Spontane Remissionen der Sklerose oder Combination beider Erkrankungen wäre möglich, so dass man die Diagnose: Sclerosis multiplex nicht sicher fallen lassen kann; immerhin ist in Fällen, wo bei Bestehen des sklerotischen Initialbefundes auf optischem Gebiet Lues vorausgegangen ist und wo überhaupt Symptome am Nervensystem vorliegen, die chronisch-luetischer Natur sein können, eine vorsichtige Hg-Kur unter genauer Controlle des Sehapparates einzuleiten.

20. L. Edinger, Casuistisches zum Nervenaufbrauche.

Die Ueberzeugung, dass die Localisation der meisten peripheren und centralen Nervenkrankheiten durch die Function selbst bedingt wird, ist keineswegs eine allgemeine. Es verlohnt deshalb durchaus, immer wieder Fälle beizubringen, welche besonders klar in diesem Sinne sprechen. Für den, der auf dem eingangs erwähnten Standpunkt steht, bedarf es allerdings solcher Fälle nicht mehr. Die Praxis führt ihm täglich Beweise zu, wenn er, und das kann nicht intensiv genug hervorgehoben werden, bei jeder einzelnen Beobachtung untersucht, aus welchen Gründen ein etwaiger Ausfall so und nicht anders lokalisirt ist. Ohne solche specielle Nachforschung bleibt die Mehrzahl der Beobachtungen steril.

1. Seit meiner letzten ausführlichen Mittheilung sind auf meine Veranlassung wiederholt die Sehnenreflexe nach schweren Anstrengungen untersucht worden. Existirt der postulirte Aufbrauch, so mussten sie gelegentlich schwinden. In der That fand S. uerbach, dass von 39 Radfahrern 10 die Kniesehnenreflexe nach einem Rennen vorübergehend verloren. Viermal waren sie ungewöhnlich gesteigert. Diese Steigerung tritt, wie ich selbst an Läufern gefunden, sehr bald auf und ist wahrscheinlich ein Vorläufer des Untergangs. Von zwölf Theilnehmern eines 100 Kilometer-Marsches konnte Schilling bei sechs eine hochgradige Abschwächung, bei einem totalen Verlust constatiren, und Oekonomakis, welcher auf meine Bitte 18 Marathon-Läufer bei den olympischen Spielen untersucht hat, sah bei fünf die Sehnenreflexe verschwunden, bei den anderen Erhöhungen. Aehnliches hatten übrigens schon vor Jahren Knapp und Thomas bei einem 40 Kilometer-Lauf in Amerika festgestellt.

2. Ueber deutlichen Aufbrauch eines peripheren Nerven konnte aus meiner Beobachtung Lilienstein berichten. Bei einer blutarmen Telephonistin erlahmte und schwand hochgradig die Handmuskulatur, welche den schweren Hörer viele Stunden lang halten musste. Nach Einführung von Kopfhörern trat Heilung ein.

3. Schon in meiner ersten Mittheilung glaubte ich Bleilähmungen als functionellen Aufbrauch bei durch Blei geschädigtem Boden ansprechen zu dürfen. Den dort beigebrachten Thatsachen kann ich heute zwei durchaus in gleichem Sinne sprechende beifügen. Einmal den bereits von Lilienstein veröffentlichten Fall einer Letternschleiferin. Hier war Ulnaris- und nicht Radialis-Lähmung eingetreten. Als Ursache konnte nachgewiesen werden, dass

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Letternschleifer wesentlich die Ulnaris-Muskulatur anstrengen. Und dann sah ich einen Fall, der fast die Beweiskraft eines Experimentes hat. In unserer Poliklinik wurde in langer Kur ein bleikranker Anstreicher von seiner rechtsseitigen Radialislähmung geheilt. Noch zu schwach in der Hand, um den Oelfarbenpinsel zu führen, welcher beim Streichen fast ausschliesslich durch die Radialis-Muskulatur dirigirt wird, nahm er das Anstreichen mit Wasserfarben auf. Dabei wird eine schwere besenartige Bürste mit der Hand festgehalten — keine geringe Kraftleistung — und mit ihr im Wesentlichen aus dem Schultergelenk gestrichen. Bei diesem Mann trat nun bald Parese und ziemlich hochgradige Atrophie der ganzen Handmuskulatur ein. Bei einem Bleikranken war also zuerst die Radialis-Muskulatur erlahmt, solange sie stark angestrengt wurde. Sie war geheilt. Es waren aber dann Ulnaris- und Medialislähmungen aufgetreten, als an diese Nerven besondere Anforderungen gestellt wurden.

4. Die Augenärzte sind bekanntlich ätiologisch befriedigt, wenn sie in einem Falle von Pupillarlähmung vorausgegangene Syphilis nachweisen können. Ich habe schon früher darauf hingewiesen, dass die Syphilis allein ätiologisch nicht ausreicht, und ein im Dezember 1906 mir vorgekommener Fall, den mehrere Augenärzte gesehen hatten, beweist, dass neue Fragen und präcise Aufklärungen erwachsen, wenn man sich auf den Standpunkt der Aufbrauch-Theorie stellt. Es ergab sich nämlich, dass ein Patient, der ausser seiner fast totalen Pupillenlähmung keine Nervenstörungen bot, am Tage, bevor die Erkrankung aufgetreten war, viele Stunden auf hell glitzernden Schneefeldern der Jagd obgelegen hatte. Die Pupillen des Syphilitischen haben dieser enormen Contractionsanstrengung nicht standgehalten. Ueber ähnliche Fälle habe ich früher berichtet, und ich zweifle nicht, dass bei richtiger Art des Fragens ihre Zahl sich rasch mehren wird.

5. Auch auf dem Gebiet des centralen Aufbrauchs sind mir wieder eine grosse Anzahl interessanter Beobachtungen vorgekommen; ich will sie aber zurückstellen, um hier im Auftrage von Dr. Loewenthal in Braunschweig zwei Fälle von einseitiger Ataxie bei Tabes zu erwähnen. Es sind typische Tabiker mit allen Erscheinungen. Der eine, ein Kapellmeister, steht täglich mehrere Stunden beim Dirigiren mit der Körperlast auf dem rechten Beine. Jetzt kann er wegen hochgradiger Ataxie desselben auf diesem überhaupt nicht mehr stehen. Links ist die Ataxie nur unbedeutend. Auch die sonst typischen Sensibilitätsstörungen sind am rechten Beine viel stärker als links. Der zweite, ein Bahnbeamter, hat mehrere Jahre vor Ausbruch der Tabes sein rechtes Knie gequetscht und schont dieses. Jetzt, wo er typisch tabisch ist, ist der Sehnenreflex auf der Seite des geschonten Beines noch vorhanden; er ist also nur auf dem linken, das überwiegend benutzt wurde, geschwunden.

6. Schliesslich darf ich es als eine willkommene Bestätigung der Aufbrauchtheorie bezeichnen, dass vor Kurzem Witmaak durch fortgesetzte Geräusche bei Thieren das klinische und anatomische Bild der progressiven nervösen Ertaubung erzeugen konnte. Dieses Leiden, welches bekanntlich familiär

Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

auftritt, hatte ich früher schon zu den Aufbrauchkrankheiten bei angeborener zu schwacher Entwicklung eines einzelnen Nerven gestellt.

21. R. Link (Freiburg i. B.): Ueber den Muskelton.

In Ergänzung eines Vortrags über den gleichen Gegenstand auf der Wanderversammlung 1904, publicirt im Neurol. Centralblatt 1905, No. 2, berichtet Vortr. über Untersuchungen des Muskeltons, des tiefen Tons, den man über jedem willkürlich tetanisch contrahirten Muskel, z. B. dem M. interosseus primus externus, mit dem Hörrohr hört, und demonstrirt zunächst eine vermittels einer graphischen Methode aufgenommene Curve von 11,8 Oscillationen pro Secunde (nach v. Kries). Bei genügender faradischer Reizung hört man beim Menschen einen lauten dauernden Ton, entsprechend der Unterbrechungszahl des Hammers, und zwar nur über einem sich contrahirenden, nicht über einem sich nicht zusammenziehenden Muskel, woraus folgt, dass es sich hierbei um innere Vorgänge im Muskel selbst handeln muss, nicht um blosse Uebertragung von Schwingungen. -- Bei KaSTe ist ein lauter Ton wahrnehmbar, entsprechend der physiologischen Thatsache, dass dabei eine grosse Zahl von Actionsströmen den Muskel durchsetzen. — Die langsame Zuckung der EaR giebt dagegen keinen Ton; dementsprechend zeigt die Curve derselben keinerlei secundäre Erhebungen (Demonstration). Diese Thatsache entspricht der Theorie der EaR, die in derselben die Reaction des entnervten Muskels sieht; es ist dazu auch nicht das Vorhandensein der anatomischen Veränderungen erforderlich, die man bisher für nöthig hielt. Hierfür sprechen die anatomischen Befunde von Jamin und namentlich die Untersuchungen von Achelis, welcher am Präparat, das durch Tetanisiren ermüdet war, mit der von Schenck angegebenen Methode der bipolaren Nervenreizung alle Erscheinungen der EaR hervorrufen konnte. Es fasst sie auf als bedingt durch die Ermüdung der Nervenendorgane. Ermüdung hebt auch, wie aus physiologischen Untersuchungen hervorgeht, die Fähigkeit der Muskeln, zu tönen, auf, ebenso wie sie einen langsamen Ablauf der Zuckungscurve bedingt. Bei Myotonia congenita, bei der ebenfalls ein langsamer Ablauf der Zuckungscurve beobachtet wird, hört man nach Herz anfangs keinen Ton; erst wenn die Starrheit, die im Beginn der willkürlichen Bewegung ein Hinderniss entgegensetzt, weicht, hört allmählich den Muskelton zu einer gewöhnlichen Stärke anschwellen.

Ueber den spastisch contrahirten Muskeln bei Hemiplegie hört man keinen Ton; bei Registrirung erhält man eine gerade Linie. Da die meisten Autoren diese Spasmen für bedingt halten durch einen Reizzustand der niederen Centren des Centralnervensystems, veranlasst durch die Fortdauer der sensiblen Einwirkungen und den Fortfall der Pyramidenbahnen, so scheint aus der angeführten Thatsache hervorzugehen, dass der Innervationstypus der niederen Centra ein anderer ist als der willkürliche vom Cortex ausgehende. Die Discontinuität, die letzterem sicher zukommt, ist bei diesem nicht vorhanden. (Autoreferat.)

22. Fischer (Heidelberg, Med. Klinik): Ueber Erfolge und Gefahren der Alkoholinjectionen bei Neuralgien und Neuritiden.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schlösser's Erfolge der Behandlung von Neuralgien etc. mit Alkoholinjectionen veranlasste die Anwendung seiner Methode bei Ischias, Trigeminus-Neuralgie. Die anfangs im Ganzen sehr günstigen Erfolge bei Ischias wurden unterbrochen als nach Injection an den N. peroneus eine complete Lähmung eintrat, die bis zur völligen Heilung über 1 Jahr brauchte.

Erb sah von Alkoholinjectionen 3 weitere üble Folgen:

1. eine complete Facialislähmung, die nach 7 Monaten noch nicht völlig wieder hergestellt war.

2. Lähmung im Gebiet des Nervus tibialis mit EaR in den kleinen Fussmuskeln, die nach $1^1/_2$ Jahren noch nicht völlig geheilt war.

3. Lähmung des Unterschenkels mit Anästhesie und secundären heftigen sensiblen Reizerscheinungen, die 5 Monate zur Heilung erforderte.

Nach diesen Erfahrungen wird es sich empfehlen, Alkoholinjectionen bei Erkrankungen der gemischten Nerven nur als Ultimum refugium der Therapie anzuwenden resp. auf die rein sensiblen Nerven, wo offenbar sehr gute Erfolge vorliegen, zu beschränken.

(Ausführliche Publication in der Münch. med. Wochenschr.)

Schluss der Sitzung 2 Uhr.

Bumke. Rosenfeld.

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XXXVII.

Erwiderung

auf den

Aufsatz der Herren M. Nonne und F. Appelt.

Von

Dr. **Julius Donath.**

In ihrer sehr werthvollen Arbeit („Ueber fractionirte Eiweisssausfällung in der Spinalflüssigkeit u. s. w.", Bd. 43, Heft 2, S. 451—452 dieses Archivs) erwähnen diese Autoren unter Anderem, dass sie die Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern, Neurasthenikern und Nervengesunden auch auf Phosphorsäure untersucht haben, aber meine Befunde[1]), dass bei organischen Erkrankungen des Centralnervensystems, bei denen ein rascher Untergang von Nervengewebe stattfindet, sich eine Vermehrung der Phosphorsäure im Liquor cerebrospinalis zeigt — nicht bestätigen konnten, sondern „gleich deutliche Gelbfärbung bei Zusatz der salpetersäurehaltigen Ammonium-Molybdat-Lösung fanden". Dem habe ich Folgendes zu entgegnen: Während diese Autoren eine blosse Schätzung der Phosphorsäure nach der Intensität der Gelbfärbung, und auch diese nur an geringen Liquormengen (2—3 ccm) — S. 438 — vornahmen, habe ich nach der sehr genauen Neumann-schen Methode gearbeitet. Diese besteht bekanntlich darin, dass der gelbe Niederschlag von phosphormolybdänsaurem Ammoniak nach Zusatz von etwas überschüssiger Halbnatronlauge gekocht wird, um das Ammoniak zu verjagen, worauf unter Zurücktitriren mit Halbnormalschwefelsäure prompte Entfärbung des Phenolphthaleins erfolgt. Diese

1) Der Phosphorsäuregehalt der Cerebrospinalflüssigkeit bei verschiedenen, insbesondere Nervenkrankheiten. Hoppe-Seyler's Zeitschr. für physiol. Chemie. Bd. 42. 1904.

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

ganze Procedur wurde in der Nonne-Appelt'schen Arbeit weggelassen. Auch standen bei meinen Untersuchungen in der Regel viel grössere, bis 35 ccm betragende Liquormengen zur Verfügung. Es können demnach die Ergebnisse, welche durch die Schätzungsmethode dieser Autoren an ihren geringen Liquormengen gewonnen wurden, nicht mit meinen genauen titrimetrischen Bestimmungen an grossen Liquormengen in Parallele gestellt, oder gar letztere widerlegt werden. Doch bestehen auch bei meinen Bestimmungen nicht unerhebliche individuelle Schwankungen bei den einzelnen organischen Erkrankungsformen, so dass ich nur von Mittelwerthen sprach, indem ich sage: „Als besonders bemerkenswerth will ich die hier gefundenen höchsten Durchschnittswerthe bei Tumor cerebri, Tabes dorsalis und progressiver Paralyse hervorheben". Was aber die Verlässlichkeit der von mir befolgten Methode anbelangt, so möchte ich auf die jüngst erschienene Arbeit von J. P. Gregersen (Ueber die alkalimetrische Phosphorsäurebestimmung nach A. Neumann, Hoppe-Seyler's Zeitschr. für physiol. Chemie, 53. Bd., 6. H., 1907) hinweisen, der zu folgendem Schluss gelangt: „Neumann's Methode ist also als eine besonders vorzügliche zu betrachten; sie leistet im Anschluss an eine brauchbare und zuverlässige Veraschungsmethode eine Phosphorsäurebestimmung, die sich auf sehr verschiedene P-Mengen, ganz bis auf 1 mg P hinab anwenden lässt und deren Genauigkeit, besonders wenn es sich um Analysen mit geringem P-Gehalt handelt, wohl von keiner anderen Methode übertroffen wird".

Budapest den 29. December 1907.

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XXXVIII.

Referate.

E. Meyer, Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Gustav Fischer, Jena 1907.

Wenn der Verfasser in dem Vorwort seines Werkes sagt, „in keinem Fache ist ein so grosses und dabei so schwer zu befriedigendes Causalitätsbedürfniss vorhanden, wie in der Psychiatrie", so können wir ihm darin nur beistimmen. Mit besonderer Genugthuung werden wir es daher begrüssen, dass Meyer den Inhalt seiner vor Zuhörern aller Facultäten gehaltenen Vorlesungen über die Ursachen der Geisteskrankheiten in dem vorliegenden Buche in erweiterter Form wiedergegeben hat. Der Verfasser hat die übliche Trennung der Ursachen der Geisteskrankheiten in äussere (exogene) und innere (endogene) beibehalten.

Unter den inneren Ursachen wird die durch Lebensalter, Geschlecht, Rasse und Klima bedingte allgemeine Prädisposition von den Einflüssen der Cultur und Civilisation sowie von den hereditären ätiologischen Momenten gesondert betrachtet.

An zahlreichen prägnanten Beispielen wird die hervorragende Wichtigkeit der einzelnen Factoren erörtert und klar gelegt. Interessant ist der Hinweis, dass schon Kant, in der Weiterentwicklung der Cultur, die sich in den gesellschaftlichen Einrichtungen seiner Zeit wiederspiegelte, das Hauptmoment für die Steigerung und Vermehrung der Geisteskrankheiten sah. Was die viel umstrittene Lehre von dem geborenen, instinctiven Verbrecher betrifft, leugnet Meyer bei der Besprechung des Zusammenhanges von Geisteskrankheit und Verbrechen das Vorkommen von Menschen, die dem Bilde des Deliquente nato entsprechen, nicht, hält jedoch die Zahl derselben für keineswegs so gross, wie Lombroso sie annimmt. „Das Milieu, die socialen Kräfte sind es, die in den meisten Fällen den Anstoss zum Verbrechen geben, doch ist bei alledem nicht zu verkennen, dass ein erheblicher Theil der rückfälligen und unverbesserlichen Verbrecher geistig tiefstehende minderwerthige Individuen sind."

Im zweiten Theile des Buches werden alle die verschiedenen äusseren, körperlichen und geistigen Ursachen des Irreseins auf das Eingehendste erörtert. Unter den Ersteren nimmt der Alkoholismus und die Syphilis an

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wichtigkeit weitaus die erste Stelle ein. In anschaulicher Weise führt uns Meyer alles Wesentliche, was uns die klinische Erfahrung und das Experiment im Laboratorium über die Wirkungen des Alkohols gelehrt haben, vor Augen. Besonders lehrreich sind die Ausblicke auf die enorme ethisch sociale Tragweite der Gefahren des Alkoholismus und auf die Mittel zu seiner Bekämpfung.

Die Syphilis sieht der Verfasser in Uebereinstimmung mit der jetzt wohl weitaus überwiegenden Mehrzahl aller Forscher als die ausschliessliche specifische Ursache und nothwendige Vorbedingung der Paralyse an. Auf die fundamentale Bedeutung der Wassermann'schen Reaction für den endgültigen Beweis dieses Zusammenhanges wird ausdrücklich hingewiesen. Von ganz besonderem actuellen Interesse sind die Ausführungen über die Beziehungen von Syphilis-Paralyse zu der Trypanosomiasis (Schlafkrankheit) in klinischer, anatomischer und ätiologischer Hinsicht. — Der Verfasser hat es verstanden, uns unter sorgfältiger Berücksichtigung der Literatur in klarer, kritischer und übersichtlicher Weise ein Bild unserer Kenntnisse von den Ursachen der Geisteskrankheiten, wie es dem heutigen Standpunkte unseres Wissens entspricht, zu entwerfen, zugleich aber auch auf die grossen Lücken unseres Wissens in fast allen diesen Fragen hinzuweisen. Dadurch, dass Meyer sich nicht mit der Feststellung einzelner Thatsachen begnügt hat, sondern überall die Wichtigkeit allgemeiner Gesichtspunkte bei seiner Darstellung im Auge behalten hat, wird die Lectüre des Buches besonders fesselnd.

Den Zweck seiner Arbeit zur Erforschung der Ursachen geistiger Störung anzuregen, hat Meyer demnach im vollsten Maasse erreicht.

A. Westphal.

L. **Laquer, Der Waarenhausdiebstahl.** Sammlung zwangloser Abh. VII. Bd. H. 5.

Frankreich ist die Geburtsstätte der Lehre von den Monomanien. Ebendort hat durch Lesègue und Dubuisson die Untersuchung des Seelenzustandes der im Waarenhaus Diebstähle begehenden Individuen eine bedeutsame Förderung erfahren. Bei uns haben sich Leppmann und Gudden mit dieser Frage befasst.

Bei den von den einzelnen Autoren geäusserten Ansichten kann man sich nicht des Eindrucks erwehren, als ob der Verlockung durch die im Waarenhaus ausgestellten Sachen zu viel Gewicht beigelegt worden ist, diese so stark bewerthet ist, dass sie unwiderstehliche Begehrungsvorstellungen wecken sollte. Hier liegt die Gefahr solcher Untersuchungen, wenn das Unterliegen auf Conto der geweckten Begehrungsvorstellung und nicht des ethischen Mangels gesetzt wird. Jedenfalls sollte der Sachverständige bei der Begutachtung solcher Personen sich nicht allzusehr von derartigen Erwägungen beeinflussen lassen. Sie zeitigen nur zu leicht Resultate, welche sich mit der ärztlichen Wissenschaft nicht recht in Einklang bringen lassen.

Es ist ein Verdienst von Laquer, dass er in der vorliegenden Schrift dem sachverständigen Arzt grössere Vorsicht bei der Beurtheilung eines Delicts anempfiehlt. Soll krankhafte Willensschwäche resp. krankhafte Handlung

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

angenommen werden, so ist die Krankhaftigkeit zu erweisen. Einfache Hysterie und Neurasthenie bei Individuen, die nie geisteskrank waren, ist nicht ausreichend, um einen Zustand im Sinne des § 51 anzunehmen. S.

E. Schultze. Weitere psychiatrische Beobachtungen von Militärgefangenen mit klinischen, kriminalpsychologischen und practischen Ergebnissen aus dem Gesammtmaterial von 100 Fällen. (Mit 4 Curven im Text). 133 S. Verlag von G. Fischer in Jena. 1907.

Die inhaltreiche Arbeit schliesst sich an die bekannte frühere Veröffentlichung des Verfassers über das gleiche Thema an, ohne aber die Kenntniss dieser vorauszusetzen, und ist absichtlich so gehalten, dass sie nicht nur für den Sanitätsofficier, sondern auch für Laien überall verständlich bleibt. Vielleicht könnte es erscheinen, als sei bei der Diagnose des Schwachsinns dem Ausfall der Intelligenzprüfung ein etwas zu hoher Werth beigemessen. Doch betont Verf. selbst ausdrücklich die grosse Neigung derartiger Patienten zum Uebertreiben und die Nöthwendigkeit eingehender Ermittelungen über das Vorleben. Sehr weit gefasst ist der Begriff Epilepsie: nur in zwei von den zehn Fällen waren Anfälle beobachtet. Bei Fahnenflucht handelte es sich übrigens in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht um Dämmerzustände, sondern um Handlungen aus Leichtsinn, wobei besonders das Ewig-Weibliche eine Rolle spielte. Nur in $^1/_3$ der Fälle von Epilepsie kam Unzurechnungsfähigkeit für dieses Delikt in Betracht.

Mit Recht warnt Schultze davor, leichtherzig Simulation anzunehmen; er selbst hat sich niemals dazu entschliessen können, obgleich er das Vorkommen beabsichtigter Täuschung zugiebt. Es ist zweifellos vorsichtiger, stets die Möglichkeit geistiger Störung offen zu halten. In vereinzelten Fällen wird man aber den Muth der Ueberzeugung haben müssen. Sehr gross war überall die Zahl der Vorstrafen. Bei den Imbecillen fanden sie sich sogar in 90 pCt. Die auffallende Zunahme der psysisch abnormen Militärangehörigen in der Bonner Anstalt, die Schultze erwähnt, erklärt sich vielleicht zum Theil durch die Vermehrung der Marine, da diese ebenso wie die Schutztruppe ihre Festungsgefangenen nach Köln schickt.

Verf. spricht auf Grund seiner Erfahrungen den Wunsch aus, dass alle Arbeitssoldaten uud unsicheren Heerespflichtigen psychiatrisch untersucht werden; desgleichen jeder, der unter dem Einfluss von Alkohol einen thätlichen Angriff verübt hat. Bei der Vernehmung von Zeugen über den Geisteszustand eines Angeschuldigten sei zweckmässig ein Sachverständiger zuzuziehen. Für die Officiere wären Vorträge über Psychiatrie zu empfehlen, welche von den Militärärzten gehalten werden könnten. Für Juristen sollte während ihres Studiums ein Colleg über forensische Psychiatrie obligatorisch gemacht werden. Gegen die Errichtung besonderer militärischer Irrenanstalten äussert dagegen Verf. begründete Bedenken.

Die anregend geschriebene Arbeit ist auch dem Fachmann zur Lectüre zu empfehlen. Raecke.

Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

W. Ewald, Stoffwechselpsychosen. Die Störungen des Sauerstoffgaswechsels im menschlichen Organismus. Verlag von A. Stuber. Würzburg 1907. 57 Seiten.

W. Ewald hat den beachtenswerthen Versuch gemacht, der Psychiatrie eine neue Forschungsmethode an die Hand zu geben. Ausgehend von dem Satze, dass die Psychosen Stoffwechselerkrankungen darstellen, zieht er Vergleiche zwischen dem Stupor und dem Winterschlaf der Thiere, der mit Sauerstoffentziehung erklärt wird. So gelangt er zu der Hypothese, dass Sauerstoffmangel wie Sauerstoffüberfluss zum Bilde der Geisteskrankheit führen kann.

Verf. hat nun an den Kranken der Frankfurter Anstalt mit Sioli's Unterstützung sehr fleissige Untersuchungen angestellt über Blutalkalescenz, specifische Sauerstoffcapacität des Blutes, sein specifisches Gewicht und seinen Hämoglobingehalt. Dabei ergaben sich vorläufig folgende Resultate:

Bei acutem und chronischem Alkoholismus waren Alkalescenz und specifische Sauerstoffcapacität, damit also das Sauerstoffbedürfniss des Organismus, herabgesetzt. Bei der Paralyse war ebenfalls die Blutalkalescenz stark herabgesetzt, während die specifische Sauerstoffcapacität je nach dem psychischen Bilde vermehrt oder vermindert erschien; bei der expansiven Form erreichte sie hohe Werthe. Bei den functionellen Psychosen zeigten sich zwar auch einzelne Abweichungen von der Norm, doch betont Verf. selbst, dass hier noch grosse Kritik am Platze sei.

Es steht zu hoffen, dass die interessanten Untersuchungen fortgesetzt werden. Raecke.

G. L. Dreyfus, Die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Eine klinische Studie. Mit einem Vorwort von E. Kraepelin. 329 Druckseiten. (Ausführliches Literaturverzeichniss. 2 Curven im Text.) Verlag von G. Fischer. Jena 1907.

Die Versuche Kraepelin's, das Symptomenbild seiner Melancholie von demjenigen der circulären Depression abzugrenzen, sind gescheitert. Das ist bereits wiederholt betont worden. Jetzt hat es auch Dreyfus an der Hand der Heidelberger Krankengeschichten constatirt; und dieses Mal stimmt ihm Kraepelin selbst im Vorwort bei. Dreyfus schliesst aber weiter aus diesem Mangel differentialdiagnostischer Unterscheidungsmittel, dass die Melancholie überhaupt lediglich ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins sei, wenn auch der Anfall bisweilen sich niemals im Leben wiederhole. Ob mit dieser Behauptung für die Erkenntniss der Krankheit viel gewonnen wird, erscheint fraglich. Früher sagte man ganz ähnlich, dass jede Melancholie zum Recidiviren neige, und sich bald eine periodische Wiederkehr der melancholischen Zustände, bald ein Abwechseln mit manischen Anfällen entwickeln könne. Die von Dreyfus neu entdeckten „circulären Symptome" der Melancholie dürften kaum allgemein als manische Erscheinungen anerkannt werden.

Weit wichtiger als solche Wortstreitereien ist der vom Verf. geführte Nachweis der guten Prognose trotz langer Dauer. Hier steckt meines Erachtens

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Hauptwerth der fleissigen Arbeit: Selbst nach jahrelangem Bestehen der Krankheit sah Verf. schliesslich seine Fälle heilen. Wo wirklich einmal eine Melancholie in Schwachsinn ausging, da handelte es sich um Complication mit arteriosklerotischer Gehirnerkrankung.

Im Ganzen stützt sich Verf. auf 79 Krankengeschichten, von denen 32 in extenso wiedergegeben sind. Die Katamnesen sind mit grosser Sorgfalt erhoben, persönliche Nachuntersuchung ist nach Möglichkeit angestrebt. Das Ergebniss lautet: 66 pCt. der Fälle sind gesundet oder auf dem Wege der Gesundung begriffen. Gestorben sind 25 pCt., und nur 8 pCt. sind schwachsinnig geworden. 64 pCt. waren bis zu 3 Jahren krank, 15 pCt. 3—5 Jahre, 9 pCt. 6—8 Jahre und 8 pCt. sogar 10—14 Jahre. In 4 pCt. war die Dauer der Erkrankung nicht zu ermitteln. Es fehlen in dem Materiale des Verfassers die ganz leichten Fälle.

Besonders zu begrüssen ist es, dass Verf. davor warnt, mit der Annahme gemüthlicher Stumpfheit zu rasch bei der Hand zu sein, und dass er einräumt, die sogenannten katatonischen Symptome kämen auch bei einwandsfreien manisch-depressiven Patienten vor. „Die Abnahme des Affects, die gemüthliche Stumpfheit, welche für die Dementia praecox so charakteristisch erschien, wird garnicht selten auch im Verlaufe anderer Psychosen vorgetäuscht". Leider werden keine neuen Gesichtspunkte für die practisch überaus wichtige Abgrenzung der Melancholie nach dieser Seite hin beigebracht. — Den Begriff einer senilen Depression will Verf. ganz fallen lassen.

Die Ausstattung des Buches ist eine gute. Raecke.

C. Moeli, Die Thätigkeit des Sachverständigen bei Feststellung des Geisteszustandes im Civilverfahren. Sep.-Abdr. aus Handb. der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit, herausgegeben von P. Dittrich. Wilhelm Braumüller. Wien und Leipzig. 1907.

In trefflicher Darstellung giebt Moeli an der Hand der gesetzlichen Bestimmungen eine Anleitung für den Sachverständigen bei Feststellung des Geisteszustandes im Civilverfahren. Bei den vielen Klippen, welche hier dem Sachverständigen drohen, bedarf er eines besonders festen Standes zur Beurtheilung der in Rede stehenden Fragen. Dazu ist die genaue Kenntniss der im Gesetz verwandten Begriffe unerlässlich. Aus der reichen Erfahrung giebt der Verfasser Anweisungen und Rathschläge, welche den Gutachter bei seiner Thätigkeit leiten und ihm die sichere Handhabe geben können, um der gestellten Aufgabe gerecht zu werden.

Es werden zunächst die civilrechtlichen Bestimmungen im Allgemeinen besprochen, dann die Entmündigung wegen psychischer Krankheit. Hier ist besonders werthvoll das Capitel über die Beziehungen der einzelnen Formen der geistigen Erkrankung zur Entmündigung. Es kommen dann zur Erörterung die Pflegschaft, Geschäfts-, Testirfähigkeit und Testamentsaufrichtung. Auf die Wichtigkeit des Sectionsbefundes wird dabei hingewiesen. Dass der Versetzung

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in den Ruhestand ein besonderes Capitel gewidmet ist, ist sehr erwünscht. Delictsfähigkeit und bürgerliche Ehe bilden den Schluss. S.

Th. Ziehen, Psychiatrie. Für Aerzte und Studirende bearbeitet. 3. Aufl. Mit 16 Abbildungen in Holzschnitten und 9 Tafeln in Lichtdruck. Verlag von S. Hirzel. Leipzig 1908. 801 Seiten.

Für den Werth und die Bedeutung dieses Lehrbuches spricht es, dass es, im Jahre 1894 in 1. Auflage erschienen, jetzt in 3. Auflage vorliegt.

Man mag über die Berechtigung, die Lehren der allgemeinen Psychopathologie lediglich auf dem Boden der Associationspsychologie aufzuführen, denken wie man will, das wird man dem Verfasser nicht abstreiten können, dass er seine Aufgabe consequent durchgeführt hat. Bei der Classification der Psychosen ist die Eintheilung in Psychosen ohne Intelligenzdefect und in Defectpsychosen beibehalten worden. Die Dementia praecox ist identificirt mit der Dementia hebephrenica.

Verfasser ist überall bemüht, durch klare Ausdrucksweise und in präciser Form dem Leser das wirklich Thatsächliche in der allgemeinen und speciellen Psychopathologie zu bringen, unter Berücksichtigung der neuen Forschungsergebnisse.

Dem Studirenden und Arzt wird das Buch ein vorzüglicher Rathgeber sein. S.

N. Gierlich und G. Herxheimer, Studien über die Neurofibrillen im Centralnervensystem. Entwickelung und normales Verhalten: Veränderungen unter pathologischen Bedingungen. Nebst einem Atlas von 121 Abbildungen auf 20 Tafeln. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1907. 210 Seiten.

Jede neue brauchbare Methode zur Darstellung der histologischen Verhältnisse im Nervensystem bietet neue Ausblicke auf die normale und pathologische Anatomie des Nervensystems und verheisst uns Lösung mancher noch schwebender Fragen.

Es ist ein verdienstvolles Unternehmen der beiden Autoren, die Bielschowsky'sche Neurofibrillen-Methode an einem grossen normalen und pathologischen Material zur Verwendung gebracht zu haben. Auf diese Weise ist ein reiches Material an Befunden zusammengetragen, deren Werth für die normale und pathologische Anatomie mancher Erkrankungen unverkennbar ist. Es sei nur hingewiesen auf den verschiedenen Rindenbefund bei der Dementia paralytica und der Dementia senilis.

Vortreffliche Tafeln bringen die Reproductionen der Photographien. S.

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

XXXIX.

Berichtigung.

Von

Dr. **Niessl von Mayendorf.**

Die Figuren 1 und 3, welche Sagittalschnittte durch ein mehrwöchentliches Kindergehirn bringen, tragen inmitten des angeschnittenen Streifenhügels die Buchstaben Th, welche in der Interpretation der Erklärungen als Thalamus opticus fälschlich gedeutet werden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY



Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

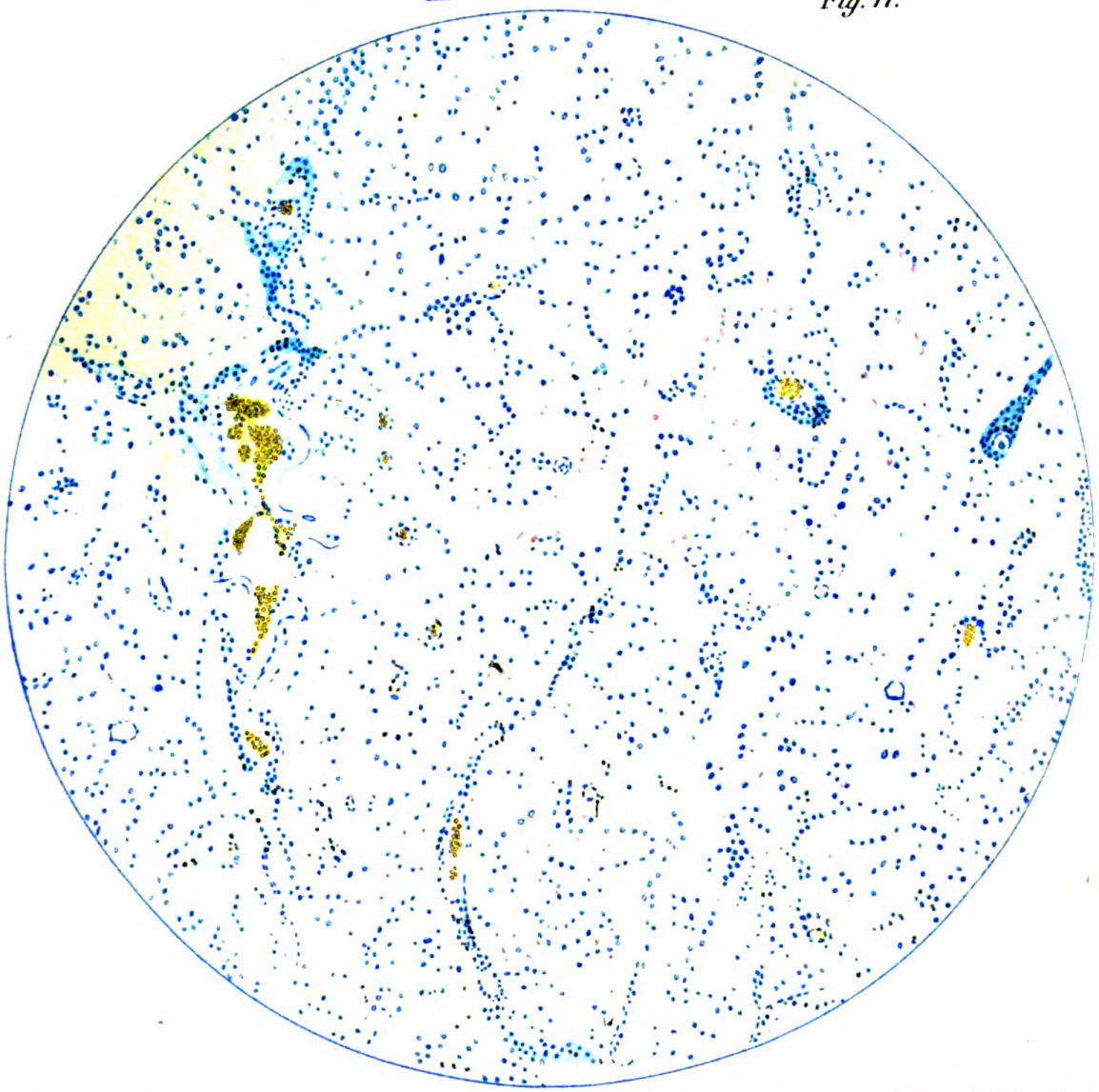
Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Fig. 12.



Fig. 11.



G. Burdach del.

E. Lauer, Lith. Inst. Berlin.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

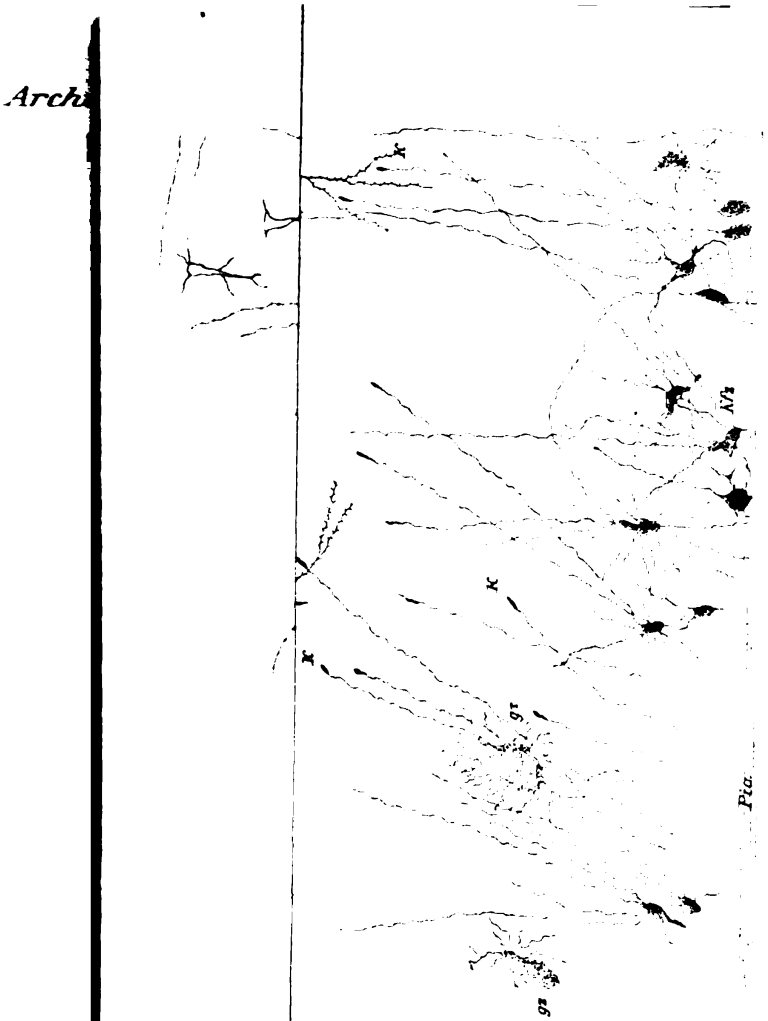


Fig. 2.



Fig. 3.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Fig. 5.

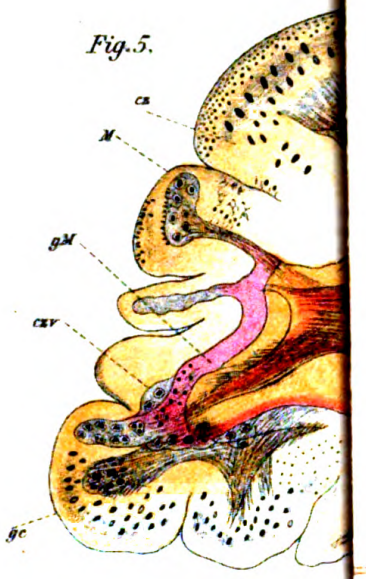
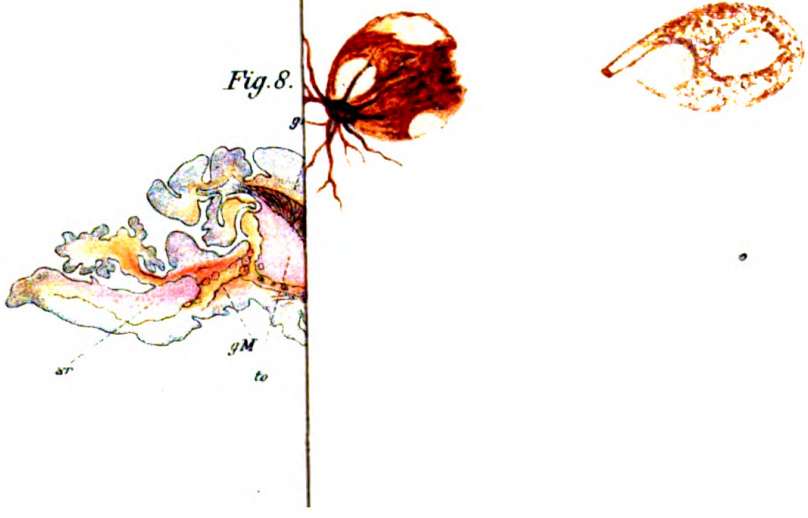


Fig. 9.





Fig. 8.



E. Laue. Lith. Inst. Berlin.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY



Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

G Burdach

Digitized by Google

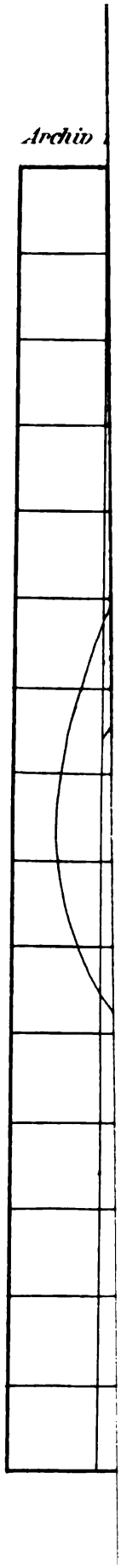
Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

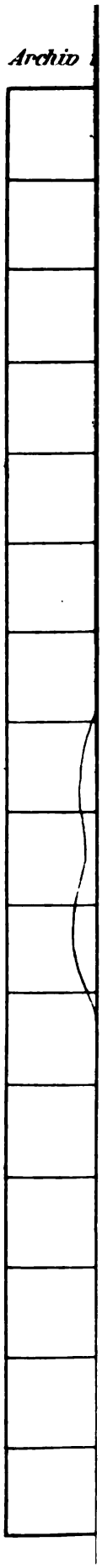


Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY



Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY



Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY



Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Eduard Hitzig †.

Eduard Hitzig ist nicht mehr! In der Stille der Ferien drang die Kunde zu uns, seinen Fachgenossen, aber weit hinaus über den engeren Kreis seiner Freunde und Schüler, in der ganzen gebildeten Welt fand sie schmerzlichen Widerhall. Denn Hitzig hat durch seine Forschungen einen starken Einfluss auf die medicinischen und philosophischen Anschauungen der Welt ausgeübt, und der Ruhm seines Namens ist an keine nationalen Grenzen gebunden.

Hitzig's äusserer Lebensgang ist in Kürze folgender: Er entstammt einer alten Berliner Familie, die schon im Anfang des vorigen Jahrhunderts in dem geistigen Leben der Hauptstadt eine führende Rolle gespielt hat. Ein Enkel des hervorragenden Criminalisten, ein Sohn des bekannten Architekten und Präsidenten der Königlichen Akademie der Künste, ist er am 6. Februar 1838 zu Berlin geboren. Den grössten Theil seiner Schulzeit verlebte er in der Klosterschule zu Rossleben und wandte sich dann aus innerer Neigung dem Studium der Medicin zu. Nachdem er während der ersten Semester in Würzburg als Mitglied des Corps Nassovia gemeinsam mit Cohnheim und Karl Schröder die Freuden des Studentenlebens genossen hatte, beendete er seine Studien in Berlin und wurde im Jahre 1862 auf Grund einer Dissertation „de Ureae origine nonnulla ex experimentis petita" Doctor der Medicin. Dem früh in ihm erwachten Interesse für die Neurologie folgend, trieb er nach bestandenem Staatsexamen in Berlin eine rasch aufblühende Praxis. Am 10. October 1866 vermählte er sich mit Etta Ranke, einer Tochter des bekannten Marburger Theologen und Nichte des grossen Histo-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rikers Leopold von Ranke. Im Jahre 1870 veröffentlichte er mit Fritsch seine Untersuchungen über die elektrische Erregbarkeit des Grosshirns und war während des Krieges gegen Frankreich in den Kämpfen um Metz und in Nancy 11 Monate lang in verschiedenen militärärztlichen Stellungen mit Auszeichnung thätig. Nachdem er sich im Winter 1872 für innere Medicin habilitirt hatte[1]), wurde er im Jahre 1875 als ordentlicher Professor der Psychiatrie und Director der Irrenanstalt Burghölzli nach Zürich berufen. Von dort siedelte er nach vier Jahren (1879) in gleicher Eigenschaft und als Director der damals als psychiatrische Klinik dienenden Irrenanstalt Nietleben an die Universität Halle über. Im April 1885 übernahm er in Halle selbst die Leitung der neugegründeten Psychiatrischen und Nervenklinik, zuerst in einem Provisorium, dann seit April 1891 in der nach seinen Plänen erbauten neuen Klinik. Im October 1903 trat er in Folge eines schweren Augenleidens von seinen Aemtern zurück. Am 20. August 1907 starb er im Luisenheim zu St. Blasien. — Hitzig war Ritter mehrerer hoher Orden, darunter des eisernen Kreuzes, und Ehrenmitglied vieler gelehrter Gesellschaften, seit diesem Jahre auch des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Eine Ehrung besonderer Art bedeutete die im Jahre 1900 an ihn ergangene Einladung der Londoner Neurological Society, die zweite Hughlings Jackson-Lecture zu halten; er entsprach ihr am 29. November 1900 mit einem Vortrage: Hughlings Jackson und die motorischen Rindencentren im Lichte physiologischer Forschung (Berlin 1901).

Hitzig's wissenschaftliche Thätigkeit ist ungemein vielseitig und fruchtbar gewesen und die von ihm hinterlassenen Werke zeugen von gewaltiger geistiger Arbeit. In diesen Zeilen, die ein allgemeines Lebens- und Charakterbild geben sollen, kann deshalb nicht auf Alles im Einzelnen eingegangen werden. Den eigentlichen Kern seines Schaffens haben bis an sein Lebensende hirnphysiologische Forschungen gebildet. Als er sich zu Ende der 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts diesen zuwandte, hatte er bereits eine grössere Anzahl vorwiegend elektrotherapeutischer und neurologischer Arbeiten veröffentlicht, darunter die grössere Abhandlung: Studien über Bleivergiftung, Berlin 1868. Er begann dann seine berühmten Untersuchungen über das Gehirn, und zwar unter Umständen, die heute für uns von besonderem Interesse sind. Zu jener Zeit galt die experimentelle Erforschung des Grosshirns insofern für definitiv abgeschlossen, als man in ihm zwar

1) Das Thema der Antrittsvorlesung lautete: De galvanismi in chirurgia usu.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seit Flourens das Organ des Willens und der Wahrnehmungen sah, seine einzelnen Abschnitte aber, ungeachtet gewisser dagegen sprechender Beobachtungen und Erwägungen (Broca, H. Jackson, Meynert u. A.) für functionell vollkommen gleichwerthig hielt. Dazu kam als ein Hemmniss weiterer Forschung die allgemein geltende Anschauung, dass die Hemisphären des grossen Gehirns gegenüber allen dem Physiologen geläufigen Reizen absolut unerregbar seien. — Die unmittelbare Anregung zu neuen Versuchen entnahm nun Hitzig der am Menschen gemachten Beobachtung, dass bei Durchleitung constanter galvanischer Ströme durch den hinteren Theil des Kopfes mit Leichtigkeit Bewegungen der Augen zu erzielen waren, die er auf eine directe Reizung des Gehirns beziehen zu müssen glaubte. Diesen Schluss hat Hitzig zwar später selbst als irrthümlich erkannt, er hat aber dennoch zur Aufdeckung der wichtigsten neuen Thatsachen geführt. Nach einem ermuthigend ausgefallenen Vorversuch am Kaninchen begann Hitzig, an Hunden zu experimentiren. Dabei waren auch äussere ungewöhnliche Schwierigkeiten zu überwinden. Denn zu jener Zeit stand im Berliner physiologischen Institut, das in der Universität selbst untergebracht war, kein Laboratorium zur Verfügung, in dem vivisectorische Untersuchungen an Warmblütern hätten ausgeführt werden können. So machte Hitzig die ersten Versuche in der eigenen, erst vor wenigen Jahren gegründeten bescheidenen Häuslichkeit, die seine junge Gattin freudig zur Verfügung stellte. Sie assistirte bei den ersten Versuchen, die auf ihrem Toilettentisch ausgeführt wurden, und pflegte weiterhin die in einem Nebenraum des Schlafzimmers untergebrachten operirten Hunde. Die Versuche wurden dann bekanntlich von Hitzig gemeinsam mit Gustav Fritsch in grösserem Maassstabe fortgesetzt, meist wohl im Assistentenzimmer der Anatomie. Die Resultate hat Hitzig in der berühmten, mit Fritsch publicirten Abhandlung vom Jahre 1870[1]) mitgetheilt, die er auch in das seinem Vater als Geburtstagsgruss dargebrachte Buch: „Untersuchungen über das Gehirn, Berlin 1874“ als erste Abhandlung aufgenommen hat. Das wesentlichste und bekannteste Ergebniss ist die Entdeckung der elektrischen Erregbarkeit des Grosshirns und der Nachweis der motorischen Rindencentren, also die experimentelle Widerlegung der Flourens'schen Lehre. Schon diese erste Arbeit enthält aber ausserdem noch eine Reihe anderer die cerebrale Innervation betreffender wichtiger Thatsachen und Schlüsse, die zum Theil wenig beachtet worden sind. Hierher gehört die von Hitzig

1) G. Fritsch und E. Hitzig, Ueber die elektrische Erregbarkeit des Grosshirns. Reichert's und Dubois-Reymond's Archiv. 1870. Heft 3.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schon aus den ersten Lähmungsversuchen gewonnene und durch die später gefundenen Thatsachen im Wesentlichen bestätigte Anschauung von der Bedeutung dieser Centren, ferner die von ihm zuerst experimentell erbrachte Bestätigung der bisher nur klinisch (H. Jackson) begründeten Lehre von der corticalen Entstehung gewisser Formen der Epilepsie.

Diese erste grundlegende Arbeit blieb, wie Hitzig selbst später einmal[1]) gesagt hat, „unter dem Donner der Kanonen, die die Geschicke Mitteleuropas umgestalteten, Jahre lang unbeachtet". Für ihn selbst brachte der Krieg, an dem er voller Begeisterung theilnahm, eine längere Unterbrechung seiner Forschungen; indessen gab ihm seine Stellung als Chefarzt eines Feldlazareths in Nancy Gelegenheit zu einer werthvollen Ergänzung seiner durch das Experiment gewonnenen Anschauungen, worauf unten eingegangen wird. Nach dem Kriege liess er dann der ersten Mittheilung, die trotz aller werthvollen Ergebnisse naturgemäss mehr allgemeiner Natur war, verschiedene Aufsätze über wichtige Einzelfragen folgen: Von diesen seien hier besonders erwähnt die im Jahre 1873 publicirten Untersuchungen über erregbare Verbindungen der Centren; die weiteren experimentellen Forschungen über die Production von Epilepsie durch Verletzung der Hirnrinde (1874); die in grösserem Styl wiederholten Lähmungsversuche am Grosshirn (1874), durch die eine weitere Analyse der schon früher von ihm beschriebenen eigenartigen Bewegungsstörungen möglich wurde; die Feststellung äquivalenter Regionen am Gehirn des Hundes, des Affen und des Menschen (1874), welche für die beiden letzteren die Localisation der motorischen Centren wesentlich in der vorderen Centralwindung ergab; ferner die zum Theil scharf polemischen Schriften gegen Ferrier, Carville, Duret, Goltz u. A., endlich aus etwas späterer Zeit die zusammenfassenden Vorträge über die Physiologie des Grosshirns in Halle und Berlin (1883 und 1886).

Nach einer langen, durch anderweitige Verpflichtungen veranlassten Unterbrechung folgte eine zweite Serie hirnphysiologischer Arbeiten in den Jahren 1900 bis 1903. Die erste von diesen „Ueber die nach Verletzungen des Hinterhirns auftretenden Störungen der Bewegung und Empfindung" knüpft an eine bereits 1874 von ihm gemachte Beobachtung an und kommt zu dem Resultat, dass andere als die motorischen Areale der Hirnrinde einen experimentell erweislichen, unmittelbar bestimmenden Einfluss auf die Energie der motorischen Innervation nicht besitzen. In einer weiteren Abhandlung „Histo-

1) Huglings Jackson Lecture. p. 38.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

risches, Kritisches und Experimentelles über Methoden und Theorien der Grosshirnforschung" erörtert Hitzig unter kritischer Gegenüberstellung der verschiedenen Lehren die auf diesem Gebiet immer noch herrschende Unsicherheit und giebt die Mittel an, durch welche in Zukunft wenigstens die „Kämpfe um die Thatsachen" vermieden werden können. — In der letzten, auf eine besonders grosse Versuchsreihe gestützten Arbeit endlich „Ueber die Beziehungen der Rinde und der subcorticalen Ganglien zum Sehact des Hundes" bekämpft er die Lehren Munk's über die Function des Occipitalhirns und giebt zum Schluss eine Darlegung der eigenen Anschauungen von der Entstehung der optischen Apperceptionen. Neben den zahlreichen thatsächlichen Befunden, die in diesen Arbeiten der Nachprüfung durch andere Forscher unterbreitet werden, finden sich darin meisterhafte zusammenfassende Besprechungen schwebender localisatorischer Fragen und weitschauende Hinweise auf neue ihrer Erledigung harrende Aufgaben.

Wie vorhin angedeutet worden ist, hatte Hitzig bereits im Jahre 1870, während seiner militärärztlichen Thätigkeit in Nancy, Gelegenheit gefunden, seine am Hundegehirn gewonnenen Resultate wenigstens zum Theil auf das menschliche Gehirn zu übertragen. Es handelte sich um einen Fall von rechtsseitigem Hirnabscess eines verwundeten Soldaten, bei dem das correspondirende Vorkommen einer isolirten kaum haselnussgrossen Zerstörung der Rinde und einer circumscripten Lähmung festgestellt wurde. In späterer Zeit hat Hitzig dann noch einige Male geeignete Einzelbeobachtungen aus seiner klinischen Erfahrung als Beiträge zur Hirnchirurgie in Form von Vorträgen mitgetheilt und sie auch in die Sammlung von Abhandlungen aufgenommen, die er unter dem Titel „Physiologische und klinische Untersuchungen über das Gehirn" noch selbst redigirt und im Jahre 1904 herausgegeben hat[1]).

1) Die betreffenden Titel lauten: Beitrag zur Hirnchirurgie I. (1892). — II. Ueber hirnchirurgische Misserfolge (1896). — Beitrag zur Hirnchirurgie III. (1898). — Ausserdem sind in dem genannten Bande von im Text nicht erwähnten älteren Arbeiten enthalten: Untersuchungen zur Physiologie des Grosshirns (1873). — Kritische und experimentelle Untersuchungen zur Physiologie des Grosshirns (1874). — Desgleichen (1875). — Ueber die Einwände des Herrn Professor Goltz (1876). — Zur Physiologie des Grosshirns (1883). — Ueber die Functionen des Grosshirns (1886). — Ein Kinesiästhesiometer nebst einigen Bemerkungen über den Muskelsinn (1888). — Ueber den Ort der extraventriculären Cerebrospinalflüssigkeit (1874). — Ueber die beim Galvanisiren des Kopfes entstehenden Störungen der Muskelinnervation etc. (1871). — Untersuchungen zur Physiologie des Kleinhirns (1874). — Ueber die Auffassung einiger Anomalien der Muskelinnervation I und II (1872).

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Durch seine Stellung als Director der grossen Irrenanstalten bei Zürich (Burghölzli) und Halle (Nietleben) wurde Hitzig vorübergehend von seinen wissenschaftlichen Forschungen abgedrängt. Er nahm zwar immer von Zeit zu Zeit die physiologischen Versuche wieder auf; von einem zusammenhängenden Arbeiten konnte aber einstweilen keine Rede sein, und angefangene Untersuchungen mussten zum Theil während vieler Jahre liegen bleiben. Aus der Züricher Zeit besitzen wir von ihm neben einigen kleinen Aufsätzen einen Beitrag zu Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie „Hypertrophie und Atrophie des Gehirns 1878", ferner ein „Memorial über die Organisation der Irrenanstalt Burghölzli" aus demselben Jahre. Das letztere spiegelt die Kämpfe wieder, die Hitzig damals durch Verleumdungen aufgezwungen wurden und die ihn im Jahre 1879 trotz aller Bemühungen seiner Freunde veranlassten, von dieser, ihm wie seiner Gattin besonders lieb gewordenen Stätte zu scheiden und dem an ihn ergangenen Ruf nach Halle zu folgen.

In Nietleben harrten seiner neben einer grossen Verwaltungsthätigkeit die schwierigsten reorganisatorischen Aufgaben. Immer unterstützt von der verständnisvollen Gattin, die auch zu ihrem Theil unermüdlich um das Wohl der Kranken bemüht war, hat er diese in den ersten achtziger Jahren erfolgreich durchgeführt und die Anstalt vollkommen umgestaltet. Es ist heute von Interesse, dass die dort in den Jahren 1879 und 1882 von ihm erbauten Pavillons wohl die erste Verwirklichung der später von vielen Seiten empfohlenen Ueberwachungsstationen in Form gesonderter Häuser waren. — Zugleich übte er eine erfolgreiche Lehrthätigkeit aus und verstand es, das bei seinem Amtsantritt nahezu erloschene Interesse der Studirenden für die Psychiatrie in kurzer Zeit neu zu beleben.

Gleichwohl ergaben sich aus dieser Häufung verschiedenartiger Pflichten und der Einseitigkeit des Unterrichtsmaterials nach kurzer Zeit so grosse Schwierigkeiten, dass Hitzig die Errichtung einer selbstständigen Klinik in Halle nachdrücklichst zu betreiben begann. Es handelte sich um keine einfache Aufgabe; galt es doch, eine Principienfrage von weittragender Bedeutung zu entscheiden. Denn zu jener Zeit gab es eine selbstständige psychiatrische und Nervenklinik in Preussen überhaupt nicht, ja es wurde nicht einmal an allen Universitäten regelmässig practischer Unterricht in der Psychiatrie ertheilt. So war es ein grosser Erfolg und ein nicht zu unterschätzendes Verdienst Hitzig's, als er zu Anfang April 1885 mit einem Lehrauftrag für Psychiatrie und Nervenkrankheiten die provisorische Klinik in Halle eröffnen konnte. Es waren zwei gewöhnliche Mietshäuser, mitten im

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

städtischen Getriebe gelegen, die für diesen Zweck adaptirt werden mussten, und es fehlte der Klinik nicht an Schwierigkeiten und Anfeindungen aller Art, die nur mit eiserner Energie überwunden werden konnten. Unter diesen schwierigen Verhältnissen hat Hitzig dem Institut als solchem die volle Gleichberechtigung unter den klinischen Schwesteranstalten erkämpft, die Klinik zu hoher Blüte gebracht und 6 Jahre hindurch vor einer immer wachsenden Zuhörerschaft von Studenten und Aerzten wahrhaft glänzende Vorlesungen gehalten.

Seine wissenschaftlichen Arbeiten aus dieser Zeit sind vorzugsweise neurologischen Inhalts. Gegen Ende des Jahres 1886 begannen die Vorarbeiten für den Neubau der Klinik, der ganz nach Hitzig's Plänen ausgeführt wurde. Dabei waren für ihn, wie schon früher, die Erfahrungen von grösstem Werth, die er nach seinem Staatsexamen auf einer grossen Reise durch die europäischen Hauptstädte insbesondere mit Bezug auf den Bau und die Hygiene von Krankenhäusern gesammelt hatte. Im April 1891 konnte die neue Klinik am Mühlrain ihrer Bestimmung übergeben werden. Vor einer glänzenden Versammlung legte Hitzig am 29. April 1891 in einer inhaltreichen Rede die Erwägungen dar, die für ihn bei der Anlage dieses, weiterhin vielfach vorbildlich gewordenen Krankenhauses maassgebend gewesen waren. Es handelte sich um etwas durchaus Originelles und von den vorhandenen Typen Abweichendes, und zwar nicht nur wegen zahlreicher neuartiger Einzeleinrichtungen, sondern insbesondere auch wegen des hier zum ersten Mal auf ein rein klinisches Institut übertragenen Princips weitgehender Individualisirung und freier Behandlung.

So hatte das letzte Jahrzehnt des Jahrhunderts für Hitzig unter glücklichen Auspicien begonnen. Die neue Klinik bildete naturgemäss jetzt den Mittelpunkt seiner Thätigkeit. Ihr widmete er den grössten Theil seiner Arbeitszeit. Er war unablässig bemüht, die Einrichtungen immer schöner und vollkommener zu gestalten, und freute sich, die dank seiner vortrefflichen Verwaltung reichlich vorhandenen Geldmittel dazu verwenden zu können. In den Laboratorien herrschte ein reges wissenschaftliches Leben. Auch Hitzig selbst war wieder wissenschaftlich thätig und, wenn er auch seine experimentellen Forschungen zunächst nicht wieder aufnehmen konnte, so veröffentlichte er doch einige bedeutungsvolle Gelegenheitsarbeiten. Zum Universitätsjubiläum (1894) erschien die Arbeit „über traumatische Tabes und die Pathogenese der Tabes im Allgemeinen“, die unter Anderem durch den darin enthaltenen ersten nachdrücklichen Hinweis auf gewisse Sensibilitätsstörungen am Rumpf der Tabeskranken bemerkenswerth ist. Für die Festschrift der Irrenanstalt Nietleben (1895) schrieb er die auch

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als Monographie erschienene grosse Abhandlung „über den Querulantenwahnsinn, seine nosologische Stellung und seine forensische Bedeutung", eine klinisch-forensische Studie von hervorragendem wissenschaftlichen und practischen Werth. Daneben liefen kleinere Arbeiten, Vorträge, Gutachten.

Im Herbst des Jahres 1895 wurde Hitzig durch einen Zufall auf ein bei ihm in der Entwickelung begriffenes schweres Augenleiden aufmerksam gemacht. Als er gelegentlich seiner Anwesenheit in Hamburg sich von den Herren Wilbrand und Sänger das von dem Ersteren angegebene Dunkelperimeter demonstriren und bei dieser Gelegenheit sein eigenes Gesichtsfeld aufnehmen liess, entdeckte er bei sich selbst Skotome. Die seitdem in gewissen Zwischenräumen regelmässig wiederholten Untersuchungen liessen keinen Zweifel darüber, dass es sich um eine fortschreitende Opticusatrophie handelte. Hitzig selbst war von Anfang an darauf gefasst, der Erblindung entgegenzugehen, im Januar 1896 sprach er mit schmerzlicher Resignation von seinen unvollendeten Arbeiten und rechnete auch schon mit der Möglichkeit seines baldigen Rücktritts vom Amte. Ueber der Feier seines Geburtstages, die er im Kreise seiner engeren Freunde zu begehen pflegte, lag dieses Mal ein Schleier der Wehmuth. Aber nur kurze Zeit gab er sich solchen Regungen hin. Mit der Objectivität des Naturforschers verfolgte er selbst fortan an seinem Schreibtisch die zunehmende Einschränkung seines Gesichtsfeldes und erlernte mit der ihm eigenen Energie in kurzer Zeit die schwere Kunst, sich bei der Arbeit fremder Augen zu bedienen.

Von seinen Publicationen aus dieser und der nächsten Zeit nimmt die von ihm gemeinsam mit seiner Gattin verfasste „Kostordnung der Psychiatrischen und Nervenklinik" (1897) eine besondere Stellung ein, insofern sie uns Hitzig auf einem ganz neuen Gebiet in gewohnter Sicherheit zeigt. In den bereits früher (S. VII) erwähnten Vorträgen behandelte er ferner vom Standpunkt des Neurologen und Hirnphysiologen actuelle Fragen der Hirnchirurgie. Gleichfalls in innerem Zusammenhang mit seinen physiologischen Forschungen steht die 1898 in Nothnagel's Handbuch erschienene Abhandlung über den Schwindel.

Vor Allem lag es ihm aber am Herzen, die grossen hirnphysiologischen Aufgaben, die er sich gestellt hatte, wenigstens noch zum Theil zu lösen und ältere, nicht abgeschlossene Untersuchungen zu Ende zu führen. Ihm gingen wohl die Gedanken des erblindeten Faust durch die Seele: „Die Nacht scheint tiefer tief herein zu dringen; allein im Innern leuchtet helles Licht. Was ich gedacht, ich eil' es zu voll-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bringen.“ So nahm er denn im Jahre 1899, wesentlich unterstützt von seinem Assistenten Dr. Kalberlah, seine experimentellen Untersuchungen nochmals auf. Ueber die Ergebnisse ist oben bereits kurz berichtet. Als er die letzte dieser Arbeiten, die sich mit den Störungen des Sehactes beschäftigt, vollendet hatte, war er selbst ein nahezu blinder Mann.

Im October 1903 trat Hitzig von seinen Aemtern zurück. Den unmittelbaren Anlass zu diesem schweren Entschluss gaben ausser dem weit vorgeschrittenen Augenleiden häufige Anfälle eines im Kriege von 1870 erworbenen Darmleidens, zu dem sich ein an Schwere zunehmender Diabetes gesellt hatte. Seitdem lebte er in stiller Zurückgezogenheit, vielfach ausserhalb Halles. Wenn es sein wechselnder Zustand erlaubte, besuchte er noch wissenschaftliche Versammlungen und verfolgte bis zuletzt mit grösstem Interesse und voller Geistesschärfe alle Vorgänge auf wissenschaftlichem Gebiet. Während des letzten Winters war er in Grasse bereits dem Tode nahe, erholte sich dann aber im Lampé'schen Sanatorium zu Frankfurt noch einmal und begab sich im Sommer dieses Jahres in das Luisenheim zu St. Blasien, überall begleitet und mit Aufopferung gepflegt von seiner treuen Gattin. Es ziemt sich, dieser edeln und bedeutenden Frau, die von jeher die geistige Mitarbeiterin ihres Mannes und bis zuletzt im eigentlichsten Sinne die Sonne seines arbeitsreichen Lebens gewesen ist, hier in stiller Ehrfurcht zu gedenken.

In der letzten Zeit litt Hitzig schwer unter heftigen Angstanfällen, die mit einem hinzugetretenen Herzleiden in Verbindung standen und denen gegenüber sogar seine Willenskraft zu erlahmen drohte. Er wünschte sich sehnlichst den Tod und entschlief sanft gegen Mittag des 20. August, nachdem er schon 36 Stunden vorher das Bewusstsein verloren hatte.

Wenn es sonst auch Fernerstehenden meist ohne besondere Mühe gelingt, das allmähliche Werden eines bedeutenden Mannes an seinen Werken zu verfolgen, so erscheint Eduard Hitzig von seinem ersten Hervortreten an als die fertige, in sich geschlossene und unabhängige Persönlichkeit, die wir aus späterer Zeit kennen. Eine glänzende allgemeine Begabung, die aber von jeher unter die Zucht der Selbstkritik und des Fleisses gestellt war — ein durchdringender, zu skeptischer Betrachtung der Dinge neigender, die Phantasie und das Gefühl zügelnder Verstand — scharfe Beobachtung — Stetigkeit der gewonnenen Ueberzeugung — dazu ein leidenschaftlicher Drang nach Erforschung der Wahrheit — ein fester, nur auf das Erreichbare gerichteter Wille — unbeugsame Energie und Ausdauer bei der Verfolgung des einmal ge-

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

steckten Zieles, — endlich ein stark ausgeprägtes Selbstgefühl und eine unerschrockene Kampfeslust, — bei solcher Anlage wird es begreiflich, dass Hitzig so Grosses aus eigener Kraft geleistet hat. Denn von jeher ist er seinen eigenen Weg gegangen, bei der Wahl des Berufes, der nach dem Wunsch seines Vaters eigentlich der juristische hätte sein sollen, und später bei seinen Forschungen. In keiner Beziehung kann man von ihm sagen, dass er einer bestimmten Schule angehört hätte. Von seinen Lehrern haben wohl in der Neurologie der damals schon alternde Romberg, in der Pathologie Traube und Virchow auf ihn eingewirkt. Sein Interesse für nervenphysiologische Fragen ist durch Dubois-Reymond vertieft worden, bei dem er einige Zeit allgemeine Muskel- und Nervenphysiologie gearbeitet hatte. In der Psychiatrie haben Griesinger und später auch Carl Westphal Einfluss auf ihn ausgeübt. Er selbst betrachtete sich aber auf allen diesen Gebieten durchaus als Autodidakten.

In der hirnphysiologischen Forschung fand sein allen philosophischen Speculationen abgewandter, durchaus auf das Thatsächliche gerichteter Geist das ihm adäquateste, weil dem exakten Experiment zugängliche Arbeitsgebiet. Hier sah er immer neue Aufgaben und bedauerte nur, zu ihrer Lösung nicht noch ein Menschenalter zur Verfügung zu haben. Eine seiner letzten Arbeiten (Welt und Gehirn, 1905), in der er die höchsten Probleme des menschlichen Denkens von einem weit umfassenden Standpunkt aus betrachtet, übrigens zugleich ein Muster klarer Darstellung schwieriger wissenschaftlicher Fragen, klingt in ein resignirtes „Ignoramus“ aus.

Von den klinischen Fächern musste seiner Begabung die Neurologie näher liegen als die Psychiatrie. In seinen Schriften hat er es verschiedentlich ausgesprochen, dass eine Psychologie, die nicht in naturwissenschaftlichem Boden wurzele, nicht seine Sache sei. Deshalb hat ihn wohl auch die Psychiatrie der fünfziger und sechziger Jahre, die noch tief in philosophischen Anschauungen steckte und erst durch Griesinger und Westphal den ihr gebührenden Platz in der speciellen Pathologie erhielt, nicht gerade stark angezogen, und wenn er selbst später Psychiater geworden ist, so erklärt sich dies vielleicht weniger aus ausgesprochener innerer Neigung, als daraus, dass er durch die unmittelbare Beobachtung Geisteskranker dem Endziel seiner physiologischen Forschungen, dem Verständniss der höchsten psychischen Vorgänge näher zu kommen hoffte.

In seinen nicht zahlreichen rein psychiatrischen Arbeiten tritt denn auch eine besondere, bisher nicht gewürdigte Seite seiner Begabung verhältnissmässig stark hervor. Dieser Enkel des berühmten Crimina-

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

listen besass ein nicht geringes Maass von dem, was man als juristischen Verstand zu bezeichnen pflegt. Er hat zwar im letzten Jahrzehnt seiner Amtsführung eine Sachverständigenthätigkeit nur noch ausnahmsweise ausgeübt, seine Gutachten aus früherer Zeit sind aber wahre Muster kühl abwägender Gedankenarbeit und enthalten zum Theil auch äusserst scharfsinnige Erörterungen principieller juristisch-psychiatrischer Fragen, die auch auf juristischer Seite Anerkennung gefunden haben.

In seiner Kunst, auch dem Unerfahreneren schwierige wissenschaftliche Probleme in systematischer Klarheit darzulegen, ist auch ein Theil der Erfolge begründet, die Hitzig als Lehrer erzielt hat. Es war besonders für die Reiferen unter seinen Zuhörern ein grosser Genuss, seinen Auseinandersetzungen über einen verwickelten Fall zu folgen, und ein vielleicht noch grösserer, ihn über einen nicht richtig gedeuteten Fall epikritisch sprechen zu hören. Besonderen Werth legte er darauf, seine Schüler zu selbständigem Denken anzuregen, wobei sich für diese manche kritische Situation ergab. Bei der Behandlung der Kranken wirkte er vorbildlich durch die sorgsame Ausarbeitung und strenge Durchführung des Heilplans, bei dem er, selbst ein Arzt von ungewöhnlicher allgemein medicinischer Bildung, von einseitigem Specialistenthum ebenso frei war wie von therapeutischem Pessimismus. Wenn er die Anforderungen, die er an die Leistungsfähigkeit anderer stellte, nach der eigenen gewaltigen Arbeitskraft bemass und keine Schonung des Einzelnen kannte, so bemühte er sich doch auf der anderen Seite, auch die persönlichen Beziehungen zwischen Lehrer und Schüler zu pflegen, so lange seine Gesundheit ihm das erlaubte.

Hitzig war nicht das, was man einen glänzenden Redner nennt, dazu legte er zu wenig Gewicht auf äussere rhetorische Wirkungen. Aber er verstand es in besonderem Maasse, den Kern einer Sache schnell zu erfassen und seiner stets originellen Anschauungsweise treffenden Ausdruck zu verleihen. Er sprach und schrieb nur dann, wenn er wirklich etwas zu sagen hatte; aber er gehörte nicht zu denen, die schweigen, wenn Reden noth thut. Im öffentlichen politischen Leben ist er wohl kaum jemals hervorgetreten; wo es aber galt, Stellung zu nehmen sei es in wissenchaftlichen Discussionen, sei es in allgemeinen psychiatrischen Fragen, da sprach er rückhaltslos und unerschrocken, oft mit scharfem Sarkasmus, und wer ihn selbst angriff, musste auf eine energische Abwehr gefasst sein.

Ein Mann dieser Art konnte nicht ohne Conflicte durch's Leben gehen. An solchen hat es Hitzig nicht gefehlt, und mancher Fernerstehende, der sich oder Andere durch ihn gekränkt fühlte, hat ihn als Menschen hart beurtheilt. Mit Unrecht. Wenn in Hitzig's Charakter

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Gefühlsseite stark hinter dem skeptisch abwägenden Verstande zurückzutreten schien, so darf doch sein scharfer Verstand nicht mit einseitiger Trockenheit, seine kühle Art, sich nach aussen zu geben, nicht mit innerer Kälte verwechselt werden, wie das wohl geschehen ist. Hitzig war durchaus keine einseitige Gelehrtennatur. Darin liegt eben die Grösse seiner Begabung, dass er bei aller wissenschaftlichen Concentration und trotz der gewaltigen Arbeit, die er auch in practischer Beziehung zu leisten hatte, es verstanden hat, auch den Vorgängen auf anderen Geistesgebieten zu folgen und sich damit vertraut zu machen. Von seinem Grossvater, dem Freunde E. Th. A. Hoffmann's, Chamisso's und selbst einem Schriftsteller von Ruf, und von seinem Vater, dem Architecten von hoher künstlerischer Bedeutung, einem der letzten Vertreter des Hellenismus in Berlin, hatte er zudem nicht nur das in allen seinen Werken zum Ausdruck kommende feine Stilgefühl, sondern auch lebhafte künstlerische Interessen geerbt, die er gelegentlich auch selbst practisch bethätigte.

Hitzig war ein Mann von hohem sittlichen Ernst. Das Gefühl der Verantwortlichkeit und zwar auch jener, welche die exceptionelle Stellung des klinischen Directors und Lehrers diesem dem Staat gegenüber auferlegt, war in ihm besonders stark. Sein strenges Gerechtigkeitsgefühl spricht sich in allen seinen wissenschaftlichen Kämpfen aus. Seine Pflichttreue hielt ihn noch aufrecht, als sein Augenleiden ihm die Arbeit schon unendlich schwer machte. Und wer wollte dem Heldenmuth, mit dem er seine letzten schweren Leiden getragen hat, die Bewunderung versagen?

Unzweifelhaft hat auch Hitzig geirrt. Er schätzte die Menschen im Allgemeinen nicht sehr hoch ein und besass selbst ein starkes, leicht verletztes Selbstgefühl und ein lebhaftes Temperament. So hat er manches scharfe Wort gesprochen, das durch die sarkastische Form, in die er es zu kleiden liebte, noch verschärft wurde, und Mancher hat wohl durch ihn gelitten. Aber sicherlich hat er niemals gegen die Ueberzeugung gehandelt, die er sich in redlichem Bemühen gebildet hatte. Und er hat seine Ueberzeugung immer und gegen Jeden bekannt, unerschrocken und unbekümmert um die Folgen für ihn selbst oder für Andere. Man hat stets gewusst, wie man mit ihm daran war, in Freundschaft und in Gegnerschaft. Denn er war keiner von denen, die ihre Ueberzeugung leicht wechseln, und er liebte die Compromisse nicht, auch nicht im persönlichen Verkehr. Den Freund, in dem er sich getäuscht hatte, schüttelte er ab, aber es dauerte lange, bis er an ihm zweifelte. Denn — die ihn näher kannten, haben es gewusst —

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch in ihm lebte ein starkes Bedürfniss, zu vertrauen und Liebe und Freundschaft zu empfangen und zu geben.

Im Hochgebirge, in dem die Niederschrift dieser Zeilen begonnen worden ist, liegt es wohl nahe, Menschen von überragender geistiger Bedeutung mit den Bergen zu vergleichen, die ihre schneebedeckten Häupter bis in die Wolken erheben. Wie diese ihre ganze Erhabenheit dem Wanderer erst dann enthüllen, wenn er sie aus der rechten Entfernung betrachtet, so erscheinen hervorragende Menschen den Mitlebenden erst dann in ihrer vollen Bedeutung, wenn unter dem adelnden Einfluss der Zeit das, was klein an ihnen war, ausgelöscht ist und nur das Grosse hervortritt.

So wird Eduard Hitzig in der Geschichte der Wissenschaft und in dem Andenken seiner Freunde und Schüler fortleben.

Strassburg, im September 1907.

R. Wollenberg.

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Inhalt des I. Heftes.

Seite

I. **E. Meyer,** Prof. zu Königsberg: Klinisch-anatomische Beiträge zur Kenntniss der progressiven Paralyse und der Lues cerebro-spinalis, mit besonderer Berücksichtigung der Rückenmarksveränderungen. (Hierzu Tafel I, II und III) 1

II. Aus der neurologisch-psychiatrischen Universitätsklinik in Graz. **H di Gaspero,** klinischer Assistent: Der psychische Infantilismus. Eine klinisch-psychologische Studie. (Hierzu 2 Abbildungen) 28

III. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel (Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).
Wassermeyer, Dr., Assistenzarzt der Klinik: Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken 124

IV. **Joh. Longard,** Dr. in Sigmaringen: Ueber „moral insanity". (Hierzu eine Abbildung) 135

V. Aus der psychiatrischen Klinik der Reichs-Universität Utrecht. **Karl Heilbronner,** Prof.: Zur Symptomatologie der Aphasie mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen Sprachverständniss, Nachsprechen und Wortfindung . 234

VI. **Boege,** Dr., Assistenzarzt der Irrenanstalt Owinsk: Die periodische Paranoia. Eine kritische Studie zur Paranoiafrage . 299

VII. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel (Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).
Renkichi Moriyasu, Dr. aus Japan: Das Verhalten der Fibrillen bei progressiver Paralyse. (Hierzu 2 Abbildungen) 344

VIII. **W. Larionoff,** Dr., Privatdocent für Nerven- und Geisteskrankheiten an der Universität des heil. Wladimar zu Kiew: Die feine Structur und eine neue Färbungsmethode des Gehirns der Menschen und der Thiere. (Hierzu Tafel IV, V und VI) 388

IX. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel (Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).
Raecke, Prof., Privatdocent und Oberarzt der Klinik: Ueber epileptische Wanderzustände (Fugues, Poriomanie) . 398

X. Nekrolog über Paul Möbius. 424

XI. Bemerkung zu Podestà's Aufsatz: Häufigkeit des Selbstmordes in der Marine von Dr. Anton-München 426

XII. Entgegnung auf vorstehende Bemerkung von Dr. Podestà . . 427

XIII. Referate 428

Einsendungen werden an die Adresse des Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling in Kiel (Niemannsweg 147) direct oder durch die Verlagsbuchhandlung erbeten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

43. Band. 2. Heft.

ARCHIV
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
NERVENKRANKHEITEN.

BERLIN, 1907.
VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.
NW. UNTER DEN LINDEN 68.

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verlag von August Hirschwald, Berlin NW. 7.

Vom

HANDBUCH
DER
GERICHTLICHEN MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN
VON

DR. **A. SCHMIDTMANN,**
PROF., GEH. OBER-MEDIZINAL- UND VORTRAGENDER RAT etc.

UNTER MITWIRKUNG
VON

DR. **A. HABERDA,** PROF. IN WIEN,
DR. **KOCKEL,** PROF. IN LEIPZIG,
DR. **WACHHOLZ,** PROF. IN KRAKAU,
DR. **PUPPE,** PROF. IN KÖNIGSBERG,
DR. **ZIEMKE,** PROF. IN KIEL,
DR. **UNGAR,** GEH. MED.-RAT, PROF. IN BONN,
DR. **SIEMERLING,** GEH. MED.-RAT, PROF. IN KIEL,

NEUNTE AUFLAGE DES CASPER-LIMANSCHEN HANDBUCHES,

erschien der **dritte Band:**

Streitige geistige Krankheit

bearbeitet von Geh. Med.-Rat Professor Dr. **Siemerling.**

1906. gr. 8. Preis **16** Mark.

I. Bd.: Allgemeiner Teil (Geh. Rat Prof. Dr. Schmidtmann). Spezieller Teil: Streitige geschlechtliche Verhältnisse (Prof. Dr. A. Haberda). Die nicht tödlichen Verletzungen. Die gewaltsamen Todesarten (Prof. Dr. Kockel). Tod durch Vergiftung (Prof. Dr. Wachholz). gr. 8. Mit 40 Textfiguren. 1905. 24 Mark.

II. Bd.: Tod durch Trauma (Prof. Dr. Puppe). Tod durch gewaltsame Erstickung (Prof. Dr. Ziemke). Kindesmord (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ungar). Mit Gesamt-Register des Werkes. gr. 8. 1907. Mit 63 Textfiguren. 15 Mark.

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Einführung in die gerichtliche Medizin für praktische Kriminalisten
von Dr. **Hugo Marx**.
1907. 8. Mit 14 Textfig. 2 M. 40 Pf.

Spinales Sensibilitätsschema
für die Segmentdiagnose der Rückenmarkskrankheiten zum Einzeichnen der Befunde am Krankenbett.
Von Privatdozent Dr. **W. Seiffer**.
Folio. 5 S. Mit 20 Doppelschemata.
2. Auflage. 1906. 1 M. 20.

Individualität und Psychose
von Dr. **Clemens Neisser**.
1906. 8. 60 Pf.

Die Betriebsunfälle der Telephonistinnen
von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **M. Bernhardt**.
1906. 8. 1 M. 50 Pf.

Præscriptiones.
Rezept-Taschenbuch für die Praxis
von Dr. **E. Kantorowicz**.
Mit Vorwort von Prof. Dr. Senator.
1906. Gebd. 2 Mark.

Das Ganser'sche Symptom
seine klinische und forense Bedeutung
von Dr. **Jul. Hey**. 1904. gr. 8. 3 M.

Zur physikalischen Therapie der habituellen Obstipation und der sexuellen Neurasthenie
von Prof. Dr. **J. Zabludowski**.
1906. gr. 8. Mit 11 Textfig. 1 M.
(Sonderabdruck aus den Charité-Annalen XXX.)

Die Wirkungen
von
Arzneimitteln und Giften
auf das Auge.
Handbuch für die gesamte ärztl. Praxis
von Prof. Dr. **L. Lewin**
und Oberstabsarzt Dr. **H. Guillery**.
I. Bd. gr. 8. Mit 85 Textfig. 1905. 22 M.
II. Bd. gr. 8. Mit 14 Textfig. 1905. 26 M.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Das Wesen des menschlichen Seelen- und Geisteslebens
als Grundriss einer
Philosophie des Denkens.
Von Prof. Dr. **B. Kern**, Generalarzt.
Zweite völlig neubearbeitete Auflage.
1907. 8. Preis 7 M. Gebunden 8 M.

Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels.
Unter Mitwirkung von Adalb. Czerny (Breslau), C. Dapper (Kissingen), Fr. Kraus (Berlin), O. Loewi (Wien), A. Magnus-Levy (Berlin), M. Matthes (Köln), L. Mohr (Berlin), C. Neuberg (Berlin), H. Salomon (Frankfurt a. M.), Ad. Schmidt (Halle), Fr. Steinitz (Breslau), H. Strauss (Berlin), W. Weintraud (Wiesbaden)
herausgegeben von **Carl von Noorden**.
Zweite Aufl. I. Band. 1906. 26 M.
II. Bd. 1907. 24 M.

Spezielle Muskelphysiologie
oder Bewegungslehre
von Pr.-Dozent Dr. **R. du Bois-Reymond**.
1903. gr. 8. Mit 52 Textfig. 8 M.

Klinische und anatomische Untersuchungen über den Cretinismus
von Privatdozent Dr. **W. Scholz**-Graz.
1906. gr. 8. M. 1 Karte u. 72 Textfig. 14 M.

Handbuch
der
Sauerstofftherapie.
Unter Mitwirkung von Dr. H. Brat (Berlin), Dr. W. Cowl (Berlin), Prof. Dr. G. Gaertner (Wien), Branddirektor E. Giersberg (Berlin), Prof. Dr. Hagenbach-Burckhardt (Basel), Prof. Dr. H. Kionka (Jena), Prof. Dr. A. Korányi (Budapest), Prof. Dr. Loewy (Berlin), Prof. Dr. N. Ortner (Wien), Prof. Dr. J. Pagel (Berlin), Dr. H. v. Schrötter (Wien), Docent Dr. L. Spiegel (Berlin), Dr. H. Wohlgemuth (Berlin), Dr. L. Zuntz (Berlin), Geh. Rat Prof. Dr. N. Zuntz (Berlin)
herausgegeben von
Prof. Dr. **Max Michaelis**.
1906. gr. 8. Mit 126 Textfig. u. 1 Taf. 12 M.

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY

Inhalt des III. Heftes.

Seite

XXV. **C. T. van Valkenburg,** Dr., Prosector und Arzt an der Irrenanstalt „Meerenberg“ (Holland): Beitrag zur Analyse der cerebralen Hemiplegie 899

XXVI. Aus der Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskrankheiten zu Halle a. S. (Prof. Anton).
Ed. Phleps, Dr., Assistent der Klinik: Die diagnostische Verwerthung der Schallleitungsveränderungen des Schädels bei intra- und extracraniellen Herderkrankungen. (Schluss) 952

XXVII. Aus der Königl. Universitäts-Klinik und Poliklinik für psychische und Nervenkrankheiten in Göttingen (Director Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Cramer).
Rizor, Dr., jetzigem Abtheilungsarzt der Provinzial-Heil-Anstalt Münster i. W.: Jugendirresein. (Schluss) 1011

XXVIII. **S. Thalbitzer,** Dr. med. in Aarhus (Dänemark): Die manio-depressive Psychose — das Stimmungsirresein —. Ein Versuch zur Bestimmung ihrer Pathogenese und pathologisch-anatomischen Grundlage, mit besonderer Berücksichtigung der manio-depressiven Mischform 1071

XXIX. **Michael Lapinsky,** Professor der Kaiserlichen Universität zu Kiew: Zur Casuistik der polyneuritischen Psychose. 1137

XXX. **Erwin Niessl v. Mayendorf,** Dr. in Leipzig: Klinisch-anatomische Beiträge zur Pathologie des Stirnhirns. (Hierzu 5 Figuren im Text) 1175

XXXI. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel (Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).
Arthur Lippmann: Zur Symptomatologie und Pathologie der Balkentumoren. 1193

XXXII. **O. von Leonowa-von Lange,** Dr.: Zur pathologischen Entwickelung des Centralnervensystems. Ein Fall von Amelia (Amputatio spontanea). (Neue Beiträge.) (Hierzu Tafel X und XI und Abbildungen im Text) 1218

XXXIII. Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).
Raecke, Prof., Privatdocent und Oberarzt der Klinik: Zwangsvorstellungen und Zwangsantriebe vor dem Strafrichter. 1251

XXXIV. **Manfred Fraenkel,** Dr. in Charlottenburg: Spiegelschrift und Fehlhandlungen bei Rechtsgelähmten (Apraxie). Die Schrift als Heilmittel und der Werth der Doppelhirnigkeit und Doppelhändigkeit. (Mit Abbildungen im Text) 1275

XXXV. **E. Meyer** zu Königsberg i. Pr.: Bemerkungen zu Jung, „Ueber die Psychologie der Dementia praecox“ . . . 1312

XXXVI. 32. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 1. und 2. Juni 1907 1317

XXXVII. **Julius Donath,** Dr.: Erwiderung auf den Aufsatz der Herren M. Nonne und F. Appelt 1356

XXVIII. Referate 1358

XXXIX. **Niessl von Mayendorf,** Dr.: Berichtigung 1364

Einsendungen werden an die Adresse des Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling in Kiel (Niemannsweg 147) direct oder durch die Verlagsbuchhandlung erbeten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Digitized by Google

Original from CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Pl ¢ O
9/83

Original from
CORNELL UNIVERSITY

Digitized by Google
Original from CORNELL UNIVERSITY
Generated on 2019-02-17 16:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/coo.31924106280609
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google